MANEJO DEL COVID-19

VIVENCIAS DESDE CONTEXTOS LATINOAMERICANOS

MANEJO DEL COVID-19 VIVENCIAS DESDE CONTEXTOS LATINOAMERICANOS



CÉSAR MOYA

MANEJO DEL COVID 19
Vivencias desde contextos latinoamericanos

MANEJO DEL COVID-19
Vivencias desde contextos latinoamericanos

César Moya



César Moya 2023
MANEJO DEL COVID-19: vivencias desde contextos latinoamericanos
Barranquilla:
Ediciones Corporación Universitaria Reformada, 2023.
166 p. 13.5x21cm
ISBN: 978-958-52931-6-8
1. Introducción: El problema del manejo del Covid. 2. Contextos y vivencias; 3. El conocimiento de la enfermedad del covid-19; 4. Acompañamiento en la enfermedad y el duelo. 5. Ejercicio de la espiritualidad. 6. Estrategias de afrontamiento. Conclusiones: Teoría emergente.

Autor
© César Moya
Revisión:
Milcíades Púa.
Diagramación y Arte:
Juan Moya
Impresión:
Xpress Estudio Gráfico y Digital S.A.S. – Xpress Kimpres Bogotá, D.C.

Contacto:
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Área de publicaciones y difusión del conocimiento Carrera 38 N° 74-179.
Teléfono: (+57) (5) 3226100 Ext: 538
Barranquilla
Distrito Especial, Industrial y Portuario
Atlántico - Colombia
www.unireformada.edu.co

Impreso y hecho en Colombia
Made and printed in Colombia

Dedicado a

La memoria de aquellos y aquellas que murieron por causa del covid-19 y a quienes siguen luchando con la enfermedad

Agradecimientos

De manera especial expreso mis agradecimientos a los investigadores que, de una u otra forma, contribuyeron en la primera parte de la investigación que dio origen a este libro: el Mgtr. Milcíades Púa, Teólogo y Abogado, Vicerrector de Investigación e innovación; el Mgtr. Ricardo de Castro, Psicólogo, del Programa de Psicología; y la Mgtr. Diana Tovar, Abogada y Educadora, del Programa de Licenciatura en Bilingüismo. Igualmente, agradezco a las personas que de manera libre y voluntaria accedieron a ser entrevistadas, previa firma del consentimiento informado: Francisco Javier Sánchez, de México; Mary Cano, de Honduras; Blanca Gramajo, de Guatemala; Marelvis Mariano Viloria, Martha Duarte y Milton Franco de Colombia; Haydee Vegas, de Venezuela; Irene Meneses y Natalia Martínez, de Ecuador; y Lina Fiestas, de Perú. Igualmente, con quienes sirvieron de contacto con varias de ellas: Dan González, de México; Adaía Bernal, Andrea Moya, Juvenal Pacheco y Peter Stucky de Colombia; Alexandra Meneses de Ecuador; y Rut Atarama de Perú. También agradezco a Omaira Pacheco, estudiante del SENA, quien en ese entonces era pasante en la Corporación Universitaria Reformada-CUR y ayudó con la transcripción de varias entrevistas; al Mgtr. Hansel Duque, Psicólogo del Programa de Psicología, quien facilitó dos talleres para los investigadores, uno sobre el manejo del *software Atlas. ti* y otro sobre la Teoría Fundamentada; y a la Mgtr. Claudia Patricia Silva, Psicóloga del Departamento de Extensión de la CUR, quien contribuyó con un taller sobre cómo llevar a cabo entrevistas vía Zoom.

Contenido

Prefacio

La vulnerabilidad y el sufrimiento son experiencias que caracterizan nuestra condición humana. En nuestros días tal realidad se revela de maneras nuevas en todo el mundo, comenzando con los estragos de la pandemia de covid. Hasta ahora, según la Organización Mundial de la Salud, se registran más 800 millones de casos y siete millones de muertes. El cuadro de situación en los países representados en el estudio que presenta este libro, revela cerca de 20 millones de casos en los que hombres, mujeres y niños han tenido que *manejar* el covid-19.

En medio de semejante realidad personal y social, también se han dado muestras de compasión y solidaridad. Especialmente, las comunidades de fe han aportado acompañamiento y apoyo por medio de sus programas y organizaciones. Sus contribuciones han incluido tanto actividades de orientación y prevención primaria como de asistencia suplementaria a la de los centros de salud a niveles locales, nacionales, y regionales. No ha faltado tampoco una voz profética denunciando las injusticias que refleja el "manejo" de la pandemia por parte de los poderes políticos y económicos.

El libro que está en sus manos representa el resultado de la primera parte de una investigación cuyo foco prioritario es de naturaleza psicológica y espiritual. El material empírico recogido consiste fundamentalmente en la respuesta a una pregunta en apariencia demasiado simple: "¿cómo ha sido su experiencia con el covid-19…?" De acuerdo con la comunicación de vivencias de las

personas entrevistadas, la investigación llegó a determinar cuatro aspectos principales en el manejo de la enfermedad: conocimiento de la misma, acompañamiento en la enfermedad y el duelo, ejercicio de la espiritualidad, y estrategias de afrontamiento.

El valor de este estudio se aprecia en la importancia de abordajes metodológicos cualitativos. En otras palabras, se trata del reconocimiento de acercamientos narrativos que privilegian la voz y el testimonio de los "sujetos". Esto es doblemente significativo en medio de una situación crítica (y, para muchos traumática) que ha silenciado la voz, en tantos casos para siempre, de nuestras hermanas y hermanos en Latinoamérica y el mundo.

Anhelamos que la necesaria reorientación post-pandémica no sea simplemente un "retorno a la normalidad" con sus desigualdades, carencias e injusticias. Las voces de quienes han manejado la enfermedad, sugieren la denuncia a "más de lo mismo" y reclaman nuevas maneras de convivencia en libertad, con paz y justicia, y bienestar integral.

Por lo expresado en los párrafos anteriores, nos parece muy adecuada la dedicatoria ofrecida por el autor, Dr. César Moya: "a la memoria de aquellos y aquellas que murieron por causa del Covid-19 y a quienes siguen luchando con la enfermedad." Refleja sin duda una muestra de compromiso motivado por su propia filosofía de la vida en comunidad en una sociedad mejor, junto con su competencia académica y profesional.

Dr. Daniel S. Schipani
Profesor Emérito, Anabaptist Mennonite Biblical Seminary

Presentación

Es indudable que la pandemia del covid-19 que nos azotó a partir de 2020 generó grandes desafíos para la humanidad. Uno de los primeros tuvo que ver con la comunidad científica que trabajó incansablemente, de manera colaborativa, para lograr prontamente una o varias vacunas. El logro de estas fue una gran esperanza, sin embargo, centenares de miles de vidas fueron arrebatadas por el flagelo que aun pende sobre nosotros como una espada de Damocles. Otro gran desafío fue para los sistemas de salud con sus instituciones hospitalarias y centros de atención, la capacidad instalada en muchos casos fue insuficiente y se perdieron muchas vidas por falta de atención apropiada. Muchos hogares perdieron más de cuatro o cinco miembros. La impotencia que generaba tal hecho afectó grandemente a las poblaciones, personas que aparentemente aparecían como no vulnerables: atletas, deportistas, personas sin antecedentes de enfermedades, sucumbieron ante el virus. Además del deterioro físico y las secuelas del mismo que en algunos casos permanecen, hubo gran afectación de la salud mental. El encierro prolongado, el no poder atender debidamente a las personas contagiadas, ni brindarles sepultura apropiada a familiares fallecidos aumentó la desazón y desesperanza. El acompañamiento para procesar el duelo o a quienes estaban en el lecho de dolor se vio limitado grandemente, especialmente para las comunidades de fe.

El presente trabajo, obra del profesor Dr. César Moya nos muestra las vivencias de estas situaciones que no solamente se

dieron en nuestro país, sino también en el contexto latinoamericano. Su acucioso trabajo, su afán investigativo con el fin de responder al desafío del acompañamiento a quienes padecieron la enfermedad, es un valioso aporte para la reflexión y comprensión de cómo tales situaciones fueron vividas.

Para la Corporación Universitaria Reformada y su sello editorial es de gran complacencia presentar esta obra a la comunidad latinoamericana y más allá de nuestros confines. El Dr. César Moya se aventuró a través de la Teoría Fundamentada a extraer lecciones que pueden brindarnos caminos frente a situaciones parecidas. Es un trabajo serio, responsable y sobre todo cargado de enorme sensibilidad frente a aquellos y aquellas que perdieron seres queridos, fueron afectados gravemente por la enfermedad o vieron afectada su salud mental.

Mgtr. Milcíades Púa Gómez
Vicerrector de Investigación e Innovación
Corporación Universitaria Reformada

1

Introducción: El problema del manejo del covid-19

Descripción del problema

La investigación llevada a cabo[1] surgió por la preocupación que generó la pandemia del covid-19 en los investigadores, al cerciorarse que no había herramientas para ayudar a las personas que estaban experimentando la enfermedad en algunas de sus fases, especialmente aquellas más vulnerables. Además, de la vivencia propia de los investigadores de enfrentar la enfermedad en sus vidas mismas y el dolor de ver partir a la eternidad a otros colegas de la Universidad Reformada.

Los datos alarmantes del contagio y las muertes producidas por el covid-19, han hecho cambiar el ritmo de vida y las actividades

[1] La investigación realizada por el grupo OIDHPAZ (Observatorio Ecuménico e Interdisciplinar en Derechos Humanos y Paz) llevó por título "Herramientas para el cuidado psico-spiritual a partir de las vivencias de personas durante el proceso de la enfermedad por el covid-19 así como de familias en su trabajo de duelo". Los resultados de la primera parte de la investigación fueron publicados en MOYA *et al.* (2022) y en este escrito se reproducen en algunas partes con las correspondientes citaciones.

humanas. Las estadísticas acerca de las víctimas del covid-19 en los medios de comunicación (EL MUNDO, mayo 5 de 2010), la recesión económica (PORTAFOLIO, abril 14, 2020) y la inestabilidad laboral (DINERO, abril 30 de 2020) tienen grandes repercusiones en los países latinoamericanos. Además, la salud mental se ha visto afectada dado el confinamiento obligatorio de la población (MINSALUD marzo 28 de 2020), lo que también ha contribuido en aumentar los casos de violencia intrafamiliar (SEMANA, abril 20 de 2020).

Las realidades del covid-19 le han dado otra connotación al cuerpo, a tal punto que las relaciones sociales se han convertido en un inminente riesgo para la salud. Esta realidad se ha visto en todo el proceso de la enfermedad dado que los altos niveles del contagio hacen del enfermo un ser excluido y solitario. Además, algunas personas no tienen la posibilidad de un acompañamiento pleno para morir dignamente y reciben un trato inusual para su cuerpo (MINSALUD, abril 2020).

Asimismo, los sepelios, que guardan gran importancia en nuestros contextos culturales para superar el duelo, ahora no se pueden llevar a cabo de manera libre y natural (SÁNCHEZ, 2020). En contextos extremos algunos países han tomado la decisión de enterrar a sus muertos en fosas comunes. Aunque en América Latina todavía no hemos visto tales prácticas, no se descarta que en algún pico descontrolado del contagio nos veamos abocados a llevarlas a cabo, dado los precarios sistemas de salud con los que contamos en nuestra región. Además, en casos de víctimas fatales,

ni estos ni sus familiares tienen tiempo de despedirse, pues salir al hospital no garantiza el regreso a casa.

Ahora bien, durante el tiempo que dure la pandemia, no solo los profesionales de la salud mental se han visto impotentes para llevar a cabo su trabajo, sino también quienes ejercen labores pastorales y religiosas, las mismas comunidades de fe y la población en general, dado que el ministerio de salud, con el fin de prevenir contagios, estableció unos protocolos de bioseguridad (MINSALUD, abril 8 de 2020). En consecuencia, las redes sociales se han constituido en aliadas estratégicas para enfrentar la situación por medio de un acompañamiento virtual. No obstante, también se ha dado una afectación emocional en quienes realizan ese tipo de acompañamiento dada la cantidad de casos que van incrementándose cada día (LA TERCERA, abril 2, 2020).

Además, el fenómeno del covid-19 ha sido interpretado desde los diferentes sectores y tradiciones religiosas, algunos de los cuales lo ven como un castigo de la divinidad (PIPPER, 2020; ROPERO, 2020) lo cual genera prácticas alienantes de la realidad social y política, además de distorsionar la imagen de un Dios humanado (BOFF, 2020), que sufre junto a las víctimas y busca su justicia y sanidad.

Como nos damos cuenta, este fenómeno ha llevado a la reflexión y la propuesta de soluciones desde cada disciplina, especialmente desde la medicina. Nosotros, sin embargo, estamos más interesados en los ámbitos psicológico y espiritual[2] dada nuestra formación

[2] Para Schipani (2020), cuando se habla de cuidado **psico-espiritual** se está reconociendo que «las dimensiones psicológica y espiritual de la persona humana están integradas y son inseparables, pero pueden distinguirse entre sí. Por lo menos desde Aristóteles, las tres

académica en dichas áreas y experiencias pastorales. Claro está que lo pedagógico será importante en el establecimiento de los aspectos y contenidos al momento de elaborar las herramientas para el cuidado psico-espiritual. Este será un segundo paso de la investigación.

Entonces, si la población latinoamericana, en especial la vulnerable, es quien más sufre las implicaciones de la enfermedad causada por el covid-19, ¿cómo una descripción y un análisis de las vivencias de la población latinoamericana acerca del manejo del covid-19 puede proveer los contenidos para la generación de herramientas para el cuidado psico-espiritual de personas durante el proceso de la enfermedad, así como de familias en su trabajo de duelo? De aquí se derivan preguntas tales como: ¿Qué vivencias han tenido las personas de América Latina acerca del manejo del covid-19? ¿Qué tanto conocimiento acerca de la enfermedad por covid-19 tienen las personas de América Latina? ¿Cómo ellas han experimentado, durante la enfermedad y/o el duelo, el acompañamiento? ¿Qué significado adquiere para esas personas el ejercicio de la espiritualidad en medio de la crisis generada por el covid-19? ¿Qué prácticas espirituales llevan a cabo en medio de esa crisis? ¿Qué estrategias de afrontamiento han seguido quienes han resultado afectados por el covid-19? Dos preguntas más que serán

---

expresiones interrelacionadas de la psique (en latín, anima=alma), se han caracterizado en términos de pensamiento y conocimiento (cognición), emociones y sentimientos (afectividad), y comportamiento de elección y acción (volición) (p.67). Siendo así, la condición de salud mental y emocional, posibilitan la experiencia de la espiritualidad de manera más libre y de expresarla verbalmente que cuando hay enfermedad mental y emocional. También hay que reconocer las espiritualidades "tóxicas" que hay en ciertas expresiones de religiosidad que tienden a afectar seriamente la salud mental y emocional.

resueltas en un segundo momento de la investigación son: ¿Qué recursos psicológicos se pueden identificar para afrontar la enfermedad y el duelo en el contexto del covid-19? ¿Qué recursos espirituales se pueden identificar para afrontar la enfermedad y el duelo en el contexto del covid-19?

Metodología

La investigación tuvo un enfoque cualitativo teniendo en cuenta la Teoría Fundamentada de GLASSER Y STRAUSS (1999), cuya suposición básica es que «generar teoría fundamentada es una forma de llegar a una teoría adecuada a sus supuestos usos» (p. 3). Por eso, «uno no empieza con una teoría para luego comprobar su validez. No, se empieza con un campo de investigación, y todo lo que es relevante dentro de ese campo puede ser descubierto y sacado a la luz» (p. 23). Por lo tanto, «el producto final de la investigación es una construcción teórica o un conjunto de hipótesis conceptuales relativas al área que es objeto de estudio» (p. 16). En este caso, que es la primera parte de la investigación ya mencionada, el campo de estudio es el manejo del covid, y muchos de sus aspectos pueden ser descubiertos con este método.

La aplicación de la Teoría Fundamentada comienza por enfocarse en un área de estudio y recopilar datos de una variedad de fuentes, incluidas entrevistas y observaciones de campo. Una vez recopilados, los datos se analizan mediante procedimientos de codificación y muestreo teórico. En su trabajo, GLASSER Y STRAUSS han argumentado en favor del descubrimiento inductivo de la teoría basada en datos analizados sistemáticamente. Su perspectiva inductiva se ha derivado en parte de su insatisfacción con la práctica

hipotético-deductiva prevalente de probar las teorías sociológicas del "gran hombre" (HAIG, 995).

En la investigación participaron diez personas de América Latina a las que se les realizaron entrevistas abiertas y semiestructuradas por medio de la plataforma de videoconferencia Zoom. Quienes participaron eran de diferentes edades, tanto mujeres como hombres, que estuvieron hospitalizadas o en cuidado médico, así como que hubieran acompañado a un pariente cercano que hubiese fallecido como consecuencia de la enfermedad del covid-19.

Tales entrevistas se convirtieron en las unidades de análisis en nuestro estudio. El software *Atlas.ti*. se utilizó para examinarlas. De esta manera nosotros describimos y analizamos las vivencias de personas que han padecido la enfermedad y/o que estaban en proceso de duelo. Por lo tanto, fue necesario precisar un grupo de personas de diferentes partes de América Latina que compartieran cómo había sido su experiencia con respecto a la enfermedad.

Las personas que participaron del proyecto por medio de entrevistas residen en México, Honduras, Guatemala, Venezuela, Ecuador, Perú y Colombia. De ellas, dos eran hombres y ocho mujeres, entre los 40 y 67 años edad, a las cuales se les envió con anticipación un consentimiento informado que firmaron y devolvieron. Estas personas fueron contactadas por amigos de los investigadores en cada uno de los países mencionados, lo cual, en cierta forma, generaba confianza en el proyecto de parte de las personas a ser entrevistadas.

Dada la pandemia, y las distancias geográficas, las entrevistas se realizaron vía Zoom con la guía de dos de los investigadores aprobados por el grupo de investigación, cuyo perfil profesional era afín a lo que se buscaba: un psicólogo y un teólogo. Las entrevistas se desarrollaron bajo la pregunta ¿cómo ha sido su experiencia con el covid-19?, pregunta de tipo abierto que permitía ir profundizando en aspectos que los entrevistadores consideraban importantes y que estaban relacionadas con el objetivo específico de esta parte de la investigación: describir y analizar de manera profunda y completa la experiencia que han tenido personas de América Latina sobre el manejo del covid-19. Las entrevistas fueron grabadas en la plataforma Zoom y permanecen en un archivo del grupo de investigación OIDHPAZ (Observatorio Ecuménico e Interdisciplinar en Derechos Humanos y Paz). Posteriormente, las entrevistas fueron transcritas a Word y después convertidas a PDF con el fin de realizar el análisis usando el *software Atlas.ti*.

Es de aclarar que, aunque los teóricos recomiendan trabajar la investigación basada en Teoría Fundamentada con por lo menos 20 personas (HERNÁNDEZ *et. al*., 2014, p. 385), en este estudio, después de la sexta entrevista, los investigadores notaron que se iba adquiriendo rápidamente la saturación en la codificación, lo cual se comprobó al completar diez entrevistas. Es decir, no surgió información nueva o relevante durante la codificación, o lo nuevo que se descubrió no le añadió mucho a la explicación. Por esta razón los investigadores decidieron no realizar más entrevistas.

La triangulación hermenéutica (JIMÉNEZ BECERRA, 2020) se logró desde el inicio el análisis, dada la discusión que se daba entre los

investigadores para identificar códigos, es decir, para etiquetar citas del texto de la entrevista. El procedimiento consistía en leer pausadamente cada una de las entrevistas transcritas y, haciendo uso del *software Atlas.ti*, se asignaban códigos a los segmentos de párrafos que, a consideración de los investigadores, tenían información relevante para el estudio en relación con la vivencia en el manejo del covid-19.

Para dicho análisis se llevaron a cabo varias sesiones, de dos horas cada una, de *codificación libre o abierta*. A medida que se iba avanzando en el análisis, a partir de la selección de las citas del texto de las entrevistas que tenían información relevante, se iban definiendo y modificando los códigos. El ejercicio de comparación y ubicación de tales códigos, en los segmentos de los textos de las entrevistas, se realizaba durante el proceso del análisis.

Se podría definir dicho ejercicio como deductivo, porque en cierto sentido se estaba interpretando con base en los datos. Pero, al mismo tiempo, era un ejercicio inductivo porque las relaciones entre los códigos surgían a partir de los datos. De ahí la importancia de la validación de interpretaciones por medio de la triangulación. En la medida que avanzaba el análisis se escribieron memos breves en algunos de los códigos, cuando se consideró que hacerlo era necesario e importante. Como resultado del proceso surgieron más de 60 códigos destacando el número de veces que aparecen en las entrevistas (lo fundamentado) y las conexiones que tienen con otros códigos (la densidad). (Apéndice 1).

El siguiente paso del análisis radicó en agrupar los *códigos en redes semánticas o familias* (Apéndice 2). En ellas se visibilizan los

niveles de jerarquía y las redes de relaciones que existen entre ellos teniendo en cuenta si es por asociación directa, por ser una causa o ser parte de otro código, conforme a lo que indica el *software Atlas.ti*. Es la etapa conocida como *codificación axial*, es decir, que hay un eje sobre el cual giran un grupo de códigos. De esta manera se podía explorar diferentes perspectivas de relacionamiento entre los códigos. En esta parte de la codificación axial era importante buscar respuestas a preguntas tales como, por qué sucede, dónde, cuándo y con qué resultados. De esta manera se detectaban relaciones entre las categorías. En otras palabras, se localizaba la categoría dentro de una estructura y se respondía al cómo una categoría se manifestaba.

Sin embargo, en esta etapa del análisis también se requirió de la triangulación hermenéutica de parte de los investigadores. Como consecuencia de ese ejercicio, en algunos casos las agrupaciones se modificaban y necesitaban ser renombradas, así como las relaciones establecidas entre los códigos. Es de tener en cuenta que el *software Atlas.ti* está basado en la Teoría Fundamentada (*Grounded Theory*) desarrollada por los psicólogos GLASER Y STRAUSS (1999). A la unidad hermenéutica se le dio el nombre de *Proyecto interdisciplinar OIDHPAZ*.

Además, dentro del proceso del establecimiento de las redes semánticas, con la ayuda del mismo *software* se visualizaban las citas tomadas de los segmentos de texto que originaron cada código (Apéndice 3). Esas redes semánticas fueron de gran ayuda en el análisis y explicación de las categorías emergentes. En ellas, por ejemplo, se observaba cómo se agrupaban los diferentes códigos que están relacionados con el grupo o familia, mediante la cual se

explica o describe el fenómeno observado. No obstante, dichas relaciones podían ser renombradas con palabras relacionadas con lo que significa una vivencia: acciones, sentimientos, emociones, reacciones, etc.

El último paso del análisis consistió en realizar la *codificación selectiva*, lo que significaba integrar los conceptos que surgían en las familias. Dicho trabajo condujo a un esquema teórico emergente (Apéndice 4), que luego fue revisado con el fin de identificar su consistencia interna, así como los vacíos que pudieran existir, completar las categorías poco desarrolladas, recortar las que no eran necesarias y luego sí, validarlo.

En este paso final la triangulación fue igualmente importante. De esta manera se definieron once categorías o familias emergentes: (1) acompañamiento al enfermo, (2) creencias, (3) religiosidad, (4) enfermedad del covid-19, (5) impactos del covid-19, (6) responsabilidad social, (7) espiritualidad, (8) efectos postcovid, (9) estrategias de afrontamiento, (10) red de recursos, y (11) duelo por covid. Estas categorías condujeron a establecer como categoría central *el manejo del covid-19*[3].

A pesar del anterior ejercicio de codificación selectiva, se observó que varias de las categorías emergentes podían agruparse aún más, lo cual llevó a determinar los cuatro aspectos principales

[3] De acuerdo con STRAUSS (1987), los criterios para determinar una categoría central son: «(1) todas las categorías de un estudio deben relacionarse con ella, (2) la categoría central debe aparecer en todos o casi todos los datos, (3) los datos no deben ser forzados a pertenecer a dicha categoría, (4) el nombre de la categoría debe ser lo bastante abstracto como para utilizarse en otras investigaciones en áreas sustantivas, que lleven al desarrollo de una teoría más general» (p. 36).

en el manejo del covid-19, de acuerdo con las vivencias de las personas entrevistadas, y que se exponen en este escrito: (1) conocimiento de la enfermedad, (2) acompañamiento en la enfermedad y el duelo, (3) ejercicio de la espiritualidad, y (4) estrategias de afrontamiento (Apéndice 5).

En síntesis, el análisis de las entrevistas consistió en seguir estos pasos: transcripción de las entrevistas; identificación de segmentos de texto de cada entrevista que llamaron la atención en relación con el propósito de la investigación, en este caso el manejo del covid-19; codificación abierta, de donde surgieron unas primeras categorías con sus similitudes o diferencias desde los segmentos de texto de las entrevistas realizadas; codificación selectiva, que permitió establecer familias de códigos con niveles de jerarquía y relaciones entre ellos, producto final de un proceso de triangulación en la interpretación entre los investigadores; y más codificación selectiva, que generó los principales aspectos constitutivos de la teoría emergente y que se relacionan con la categoría central: *manejo del covid*.

Teoría sustantiva

Lo que aquí hemos identificado como teoría emergente corresponde a lo que es llamado *teoría sustantiva*. Esto es debido a que la teoría ha surgido de los datos en bruto y no de otras investigaciones o bibliografía al respecto. Es decir, «la teoría emergente no surge de otra teoría de donde se extraen una serie de hipótesis, las cuales buscan ser demostradas mediante la comparación constante con la realidad cultural» (LÚQUEZ Y FERNÁNDEZ, 2016, p. 106). Tampoco se comprueban en ella teorías

ya existentes. Además, en esta investigación no hay un marco teórico estructurado con el que se compare la teoría sustantiva. Por eso no se puede hablar en esta investigación de teoría formal. Por lo tanto, la teoría sustantiva viene a ser el resultado del análisis de la información codificada y categorizada por los investigadores (GLASSER Y STRAUSS, 1999). De ahí que lo presentado sea más de carácter descriptivo de conceptos que surgen de las vivencias relatadas por los entrevistados. En contraste, la *teoría formal*,

> se identifica con un análisis de constructo manifestado en un conjunto de proposiciones interrelacionadas que luego de una sistemática interpretación conceptual o teórica, brinda explicación con mayor nivel de abstracción. Ejemplos evidentes se aprecian en sociología; en cuanto a temas de: movilidad social, conflicto de roles, autoridad y poder; u otros y, en psicología, teorías relacionadas con el aprendizaje y comportamiento humano (LÚQUEZ Y FERNÁNDEZ, 2016, p. 107).

Entonces, para que tengamos una teoría más formal respecto al manejo del covid-19 tendríamos que investigar en otras áreas sustantivas que lleven a una teoría más general. En nuestro caso se ha construido la teoría con las vivencias de personas comunes y corrientes de América Latina, pero no se ha trabajado con otras áreas como, por ejemplo, los profesionales de la salud.

Ahora bien, de acuerdo con GLASER Y STRAUSS (1999), «los elementos de la teoría que son generados por análisis comparativo son, primero, categorías conceptuales y sus propiedades; y segundo, hipótesis o relaciones generalizadas entre las categorías y sus propiedades» (p. 35); las categorías (y subcategorías) son el

resultado de la codificación y se refieren a los elementos conceptuales de la teoría emergente; las propiedades corresponden a los aspectos conceptuales o elementos de una categoría; las hipótesis plantean relaciones sugeridas entre las categorías y sus propiedades. La integración de los anteriores elementos permite llegar a conclusiones. De esta manera, en la emergencia de la teoría sustantiva la integración de los datos y sus interrelaciones están muy cerca unos de otros (pp. 35-42).

Pertinencia y relevancia

Las razones para llevar a cabo esta investigación son varias. Por un lado, la persona enferma de covid-19 y el núcleo familiar cercano requieren herramientas para el auto cuidado y el cultivo de la salud mental y espiritual, que no discriminen por creencias o afiliación religiosa, especialmente en este contexto tan convulsionado de la vida. Requieren de herramientas autónomas e independientes de teóricos y expertos, respetuosos de las diferencias, que permitan su uso efectivo y oportuno.

En este sentido la psicología, la teología y en general las ciencias sociales y de las humanidades pueden, y además deben como obligación moral, ofertar a las comunidades una sistematización sencilla y ordenada de las herramientas o recursos que hasta la fecha se han desarrollado, para acompañar a quienes sufren en el contexto de las crisis existenciales contemporáneas. Dichas herramientas deben ser sencillas, útiles y en el caso de los aspectos religiosos, ecuménicos e interreligiosos, que nos devuelvan al ser que cree y se piensa desde la trascendencia. Dentro de ellas están los recursos psico-espirituales para afrontar la enfermedad y

superar el duelo, así como los recursos bíblicos, teológicos, litúrgicos y pastorales de carácter ecuménico e interreligioso para afrontar la enfermedad y superar el duelo en el contexto del covid-19, y un instrumento digital de carácter práctico y libre acceso a las comunidades.

Por otro lado, dadas las restricciones sanitarias que rodean al enfermo, se requiere de una propuesta que tenga en cuenta las herramientas tecnológicas. De esta manera la comunicación que se pueda establecer entre el enfermo y la familia requerirá contactos remotos y sincrónicos que exigirán plataformas y herramientas digitales efectivas en la comunicación humana.

Y, por otro lado, la necesidad de las comunidades de encontrar herramientas útiles en internet para su autocuidado psico-espiritual, requiere de un proyecto interdisciplinario desde la sistematización de herramientas psicológicas, bíblicas, teológicas, litúrgicas, pastorales, pedagógicas, didácticas y digitales.

Esta investigación proporcionará teorías construidas tanto desde lo documental como desde la vivencia y el pensamiento de quienes padecen en "carne propia" los impactos de la pandemia, constituyéndose, de esta manera, como un antecedente para estudios futuros sobre el tema. Igualmente, este abordaje metodológico en el que se combina lo documental con lo vivencial, para generar categorías de análisis, será de utilidad para guiar futuras investigaciones de carácter cualitativo, en las que se escucha la voz de quienes sufren situaciones similares, reconociéndolos, de esta manera, no sólo como objeto sino sujetos de la investigación.

Propósito

Este escrito surge como producto de la primera parte de la investigación *Herramientas para el cuidado psico-espiritual a partir de la vivencia de personas durante el proceso de la enfermedad por el covid-19 así como de familias en su trabajo de duelo*. La razón de ello es que para diseñar tales herramientas se requería dar un primer paso, el cual consistió en establecer, a partir de las vivencias de las personas, los aspectos vinculados al manejo del covid-19.

El objetivo específico de la primera parte de la investigación consistía en describir y analizar de manera profunda y completa la experiencia que han tenido personas de América Latina en relación con el manejo del covid-19.

Con este estudio se desea contribuir en que el manejo del covid-19 por parte de la población latinoamericana en general sea holística, de tal manera que se tengan en cuenta los aspectos concernientes al individuo y sus relaciones sociales, así como también los del sistema, y de manera especial del sistema de salud que funciona en nuestros contextos.

Estructura

Para presentar la teoría que emergió de la anterior metodología, se pudieron haber descrito las once categorías iniciales mencionadas arriba, identificando similitudes y diferencias entre las vivencias acerca del covid-19. Sin embargo, con el fin de ofrecer una explicación teórica menos esparcida, y más esquemáticamente

relacionada, se identifican las relaciones significativas en sólo cuatro categorías principales, cada una de las cuales es objeto de un capítulo de este libro. Este análisis es basado en la expresión *vivencias desde el contexto latinoamericano*, el cual se discute en el segundo capítulo del libro. Por el momento vale decir que la expresión implica «englobar todo lo que sucede dentro del organismo en cualquier momento y que está potencialmente disponible para la conciencia. Incluye tanto los hechos de los cuales el individuo no tiene conciencia como los fenómenos que ha accedido a la conciencia» (ROGERS, 1978, p. 27).

Este **primer capítulo** corresponde al *problema del manejo del covid-19*. Aquí se describió el problema acerca del manejo del covid-19, la metodología usada, las categorías emergentes, la teoría sustantiva, la pertinencia y la relevancia, el propósito, la estructura, y la población a la que va dirigida el libro.

El **segundo capítulo** aborda las *vivencias y el contexto latinoamericano*. Allí se define teóricamente lo que son las vivencias y se describe a grandes rasgos el contexto latinoamericano dado que este es el *sitz im leben* de nuestra investigación. Los siguientes capítulos describen y analizan la teoría emergente sobre el *Manejo del covid-19*. Es de tenerse en cuenta que el contenido de cada uno de ellos corresponde a las vivencias de las personas objeto de la investigación. Y con el fin de facilitar la lectura se ha omitido referenciar el entrevistado a quien corresponden las palabras que se consignan entre comillas. Esto, sin embargo, puede ser corroborado en los resultados en bruto de la investigación.

El **tercer capítulo** trata sobre *el conocimiento de la enfermedad del covid-19*; allí se describen las vivencias acerca de los síntomas, las creencias y los impactos de la enfermedad, así como la información acerca de la misma y los efectos poscovid. El **cuarto capítulo** corresponde al *acompañamiento en la enfermedad y el duelo*. Su contenido está en relación con el apoyo familiar, el rol del cuidador y el rol del religioso.

El **quinto capítulo** describe el *ejercicio de la espiritualidad*, que se desarrolla teniendo en cuenta las prácticas espirituales, las creencias religiosas y el sentido de la vida. Y el **sexto capítulo** presenta las *estrategias de afrontamiento* teniendo en cuenta la revisión de la historia de vida, los medios para la comunicación, el cuidado de sí mismo y la red de recursos.

Nuestros lectores

Es de tener en cuenta que este libro *Manejo del covid-19* es presentado como la primera parte de los productos de la investigación *Herramientas para el cuidado psico-espiritual a partir de la vivencia de personas durante el proceso de la enfermedad por el covid-19 así como de familias en su trabajo duelo*. El segundo producto serán las herramientas psico-espirituales que estarán basadas en esta primera parte. Este primer escrito está dirigido a una amplia audiencia, tanto a personas comunes y corrientes como a estudiantes universitarios y personas vinculadas a la academia, que tengan afinidad con la temática tratada. De manera específica a quienes están interesados en conocer cómo se ha llevado a cabo el manejo del covid-19 en el contexto latinoamericano, en identificar lecciones útiles para enfrentar futuras situaciones similares y en ser agentes de cambio

en contextos donde el Estado y sus instituciones están en deuda con el bienestar de sus ciudadanos.

2

Contextos y vivencias

En este capítulo se abordan los conceptos de *contextos* y *vivencias* en los que se desenvolvían las personas objeto de esta investigación y en los que se enmarca esta primera parte del estudio.

Los contextos

De acuerdo con TEUN A. VAN DIJK (2001) el contexto

> tiene que ser una teoría compleja y multidisciplinaria sobre la manera que las estructuras de la situación sociocognitiva de un evento de comunicación se relacionan con las estructuras del discurso de este evento. La mayoría de las teorías sobre el contexto y la contextualización establece un enlace directo entre situación social y discurso. El problema fundamental de esa manera de representar el contexto es que las estructuras sociales no pueden directamente influir o afectar el discurso. Lo que falta es una interfaz cognitiva; son los participantes de un evento comunicativo quienes construyen la relación entre su discurso y la situación social como ellos la interpretan. Esa construcción interpretativa, subjetiva, y personal de la situación es un modelo del contexto o simplemente contexto. En otras palabras, un contexto como lo defino yo no es solamente social (como la situación social de la comunicación), sino también personal y

cognitivo, porque cada persona tiene su propia interpretación de la situación social en que participa (p. 79).

Estos contextos tienen unas características bien definidas por unas categorías tanto globales como locales. Las primeras representan estructuras sociales globales de la situación comunicativa relevante, y las segundas representan las estructuras locales de la situación interactiva cara a cara. Se pueden mencionar como categorías globales las que tienen que ver con el dominio (la salud, la educación, la política), los participantes globales (la universidad, el gobierno, el parlamento) y la acción global (la educación, la legislación, la gobernanza). No obstante, es necesario distinguirlas de la noción de contexto global, es decir de la estructura social, política, histórica o cultural. Tal contexto global puede incidir tanto en los gobiernos como en los ciudadanos. De otro lado, las categorías locales están relacionadas con el tiempo y el lugar; la acción, o sea lo que se hace socialmente; los participantes, dentro de los que hay varios tipos: comunicativos, interactivos, sociales/políticos; y la cognición, que tiene que ver con el conocimiento o creencias de los interlocutores (VAN DIJK, 2001).

Como podemos observar, los aspectos globales y locales se interrelacionan y son tenidos en cuenta en el contexto, situación que también se identifica en este estudio. Por consiguiente, se debe reconocer que el contexto latinoamericano, similar en todos los países, se ubica y relaciona con el contexto global más amplio en sus aspectos sociales, económicos y políticos (JUNGUITO, 22 de mayo de 2020; CEPAL, 2021; CONECTAS, 2021; MALAMO Y NÚÑEZ, junio 8 de 2021). De esta manera se puede deducir que el contexto global de

la pandemia impactó fuertemente en el contexto local de los países de Centro y Sudamérica, mayormente a las poblaciones en vulnerabilidad.

En ese contexto local se ubica la población objeto de esta investigación. Al respecto se puede decir que quienes la integraban procedían de un estrato social medio, con niveles de escolaridad secundaria o universitaria (docente universitario, sacerdote, docente de escuela, contadora, comunicador social, secretaria bilingüe, investigador, ingeniero de telecomunicaciones, investigador). También, sus edades oscilaban entre los 40 y 67 años, lo que quiere decir que eran personas en la edad adulta media y tardía (PAPALIA, WENDKOS OLDS Y DUSKIN FELDMAN, 2009). Igualmente, que dos de ellas se identificaron como de sexo femenino y los otros ocho de sexo masculino. Además, todas las personas entrevistadas se identificaron como practicantes de una confesión de fe cristiana: cuatro de confesión católica, cinco de confesión evangélica y una sin afiliación eclesial. Estas personas fueron entrevistadas entre los meses de octubre y diciembre de 2020, tiempo en el que la pandemia aún estaba exacerbada en varias regiones y cuando aún no se habían iniciado las vacunaciones contra el covid-19.

Las vivencias

Es de aclarar que, aunque en las entrevistas se menciona el término experiencia[4], lo cierto es que la palabra era usada en el

[4] La experiencia llegó a ser entendida como la única fuente de todo saber. El materialismo reconocía la fuente de la experiencia como exterior, objetiva, independiente de la conciencia. Sin embargo, es una percepción pasiva del mundo exterior. Y la experiencia sensorial no

sentido de la vivencia que cada persona había tenido con la enfermedad del covid-19. La vivencia significa, de acuerdo con ROGERS (1978), «englobar todo lo que sucede dentro del organismo en cualquier momento y que está potencialmente disponible para la conciencia. Incluye tanto los hechos de los cuales el individuo no tiene conciencia como los fenómenos que ha accedido a la conciencia» (p. 27). Así mismo, está relacionada con las emociones, los sentimientos, las acciones, las relaciones y las creencias, tal como se evidencia en los contenidos de cada entrevista. Por consiguiente, lleva a una interpretación o significación de la representación simbólica para cada uno de los entrevistados en relación con el fenómeno covid-19. En el mismo sentido lo señala ROGERS (1978):

> Se concibe la conciencia como representación simbólica (no necesariamente en símbolos verbales) de una parte de nuestra experiencia. Esta representación puede tener diversos grados de agudeza e intensidad, que van desde una vaga conciencia de algo que existe en el fondo, hasta una clara conciencia de algo que ocupa el foco de la conciencia como figura (p. 27).

Por otro lado, GUZMÁN Y SAUCEDO RAMOS (2015) manifiestan que las vivencias son

> una unidad indivisible entre lo exterior y lo interior de la persona; llegan a ser significativas en su integración dinámica, situada y se convierten en experiencias cuando la persona hace acopio de un conjunto de las mismas para darse cuenta de que

---

proporciona un sabe universal y necesario, capta solo la faceta externa, superficial de los fenómenos del mundo objetivo. Véase ROSENTAL Y IUDIN (2004).

"lo que le pasa", "lo que le importa" es significativo. El sentido entra, entonces, como una manera de articular vivencia y experiencia como elemento de motivación, de guía de las acciones y así tener claridad de qué es "eso que vale la pena" (p. 1030).

GADAMER (2012) realiza una compilación de la historia y el concepto de vivencia teniendo en cuenta varios autores. Para él, los datos basados en las situaciones del pasado, y que se pueden actualizar, son los que conducen al concepto de vivencia. Según Gadamer, Dilthey procura conceptualizar la vivencia, en relación con la reflexividad y la interiorización, a partir de los datos. De esta forma el conocimiento del mundo histórico es justificado epistemológicamente. En consecuencia, los datos inducen a una interpretación de lo pasado, convirtiéndose de esta manera en unidades de significado. Por eso la vivencia está relacionada intrínsecamente con los significados que dan sentido a la experiencia. Sin embargo, esos significados deben llevar a unidades últimas en la conciencia que ya no son necesarias de interpretación, sino que ellas mismas son unidades de sentido. La vivencia se constituye entonces en la base epistemológica de todo conocimiento objetivo. Y la vida se objetiva en formaciones de sentido.

Ahora bien, según GADAMER (2012), para Husserl, la vivencia encierra todos los actos de la conciencia que contiene la intencionalidad, de tal manera que, así como en Dilthey, la vivencia es un concepto puramente epistemológico; se convierte en un recuerdo, en un permanente significado de una experiencia para alguien. No obstante, esa experiencia es lo vivido por uno mismo,

es una referencia única. Por lo tanto, la vivencia es inagotable en su significado, es algo irremplazable e inolvidable.

Filosóficamente, afirma GADAMER (2012), la vivencia está constituida por dos elementos: el dato y el fundamento último de todo. La unidad determinada de la vivencia en virtud de su contenido intencional se encuentra en una relación inmediata con el todo, con la totalidad de la vida. En palabras de SCHLEIERMACHER (citado en GADAMER, 2012, p. 106), cada vivencia es «un momento de la vida infinita», y en las de GEORG SIMMEL (citado en GADAMER 2012, p. 106), en el término «vivencia» «lo objetivo no sólo se vuelve imagen y representación como en el conocimiento, sino que se convierte por sí mismo en momento del proceso vital». Es decir, la vivencia está integrada a la continuidad de la vida.

Ahora bien, el concepto de vivencia se encuadra muy bien dentro de las ciencias del espíritu, es decir aquellas cuyo objeto de estudio es el mundo histórico y social en lo que acontece lo específicamente humano y que son regidos por el método de la comprensión, que hace que el ser humano se conozca a sí mismo. En palabras de DILTHEY (1949) «el conjunto de las ciencias que tienen por objeto la realidad histórico social lo abarcamos en esta obra bajo el título de "ciencias del espíritu"» (p. 13).

Con respecto a la vivencia, DILTHEY (citado en HESSEN, 2018) pensaba que lo humano se sustenta en el uso de la razón y se manifiesta en la *vivencia,* la *expresión* y la *comprensión* como relación entre el sujeto (cognoscente) y el objeto (conocido). Para él, se puede experimentar y vivir la realidad dado que

> [...] Así como con nuestro intelecto estamos frente al modo de ser de las cosas, a su *essentia,* existe una coordinación análoga entre nuestra voluntad y la realidad de las cosas, su *existentia* [...] Éstas se presentan a nuestra conciencia como reales [...] porque se hacen sentir como factores adversos en nuestra vida volitiva (p. 78).

De esta forma, DILTHEY (1978) identifica la intuición como una vía al conocimiento en relación con la voluntad, el sentimiento y la representación. Para él, lo vivencial es una captación de vida enmarcada en la temporalidad y como curso de existencia. Por lo tanto, para él, el pasado como memoria, y el futuro, como expectativa, están en la vivencia.

GEORGE SIMMEL (citado en GADAMER, 2012) «entiende que lo característico del concepto vivencia es precisamente que lo objetivo no solo se vuelve imagen y representación como el conocimiento, sino que se convierte por sí mismo en momento del proceso vital» (p. 106). Y para GADAMER (2012),

> Toda vivencia está entresacada de la continuidad de la vida y referida al mismo tiempo al todo de ésta. No es solo que como vivencia permanezca viva mientras no ha sido enteramente elaborada en el nexo de la propia conciencia vital; también el modo como se supera en su elaboración dentro del todo de la conciencia vital es algo que va fundamentalmente más allá de cualquier significado del que uno cree saber algo. En cuanto que la vivencia queda integrada en el todo de la vida, este todo se hace también presente en ella (p. 107).

En fin, la vivencia comprende una serie de creencias, pensamientos, sentimientos, experiencias, recuerdos, relaciones, expectativas que constituyen la vida de la persona, pero de su conciencia vital enmarcada en la temporalidad. Por lo tanto, el análisis de las entrevistas es el análisis de las vivencias de las personas que han sufrido el covid-19.

Habiendo ubicado teóricamente esta primera parte de los resultados de la investigación en los temas de contexto y vivencias, los siguientes capítulos se dedicarán a describir tales vivencias en los aspectos de: conocimiento de la enfermedad, acompañamiento en la enfermedad y el duelo, ejercicio de la espiritualidad y estrategias de afrontamiento.

3

Conocimiento de la enfermedad del covid-19

La *enfermedad del covid-19* hace referencia a la enfermedad infecciosa causada por el virus SARS CoV2 coronavirus, que fue originada en Wuhan, China, en el año 2019, y que posteriormente se extendió al mundo entero generando una pandemia, la cual fue oficializada por la OMS el 11 de marzo de 2020 (OMS; BUPA, marzo de 2020).

En la investigación acerca de las vivencias de diez (10) personas de América Latina que habían padecido la enfermedad o estaban en proceso de duelo, se estableció que la enfermedad, al inicio desconocida para todos, fue identificándose con unos síntomas característicos, los cuales se daban a conocer por medio de la información que de ellos se brindaba por los medios de comunicación masivos tanto públicos como privados. Esa información confrontaba las creencias de las personas con respecto a la enfermedad. A continuación se describe la vivencia de las personas, en el manejo que hicieron de la enfermedad, en relación con el reconocimiento de sus síntomas, la información que recibieron del covid-19, las creencias que tenían sobre la

enfermedad, los impactos del covid-19, los efectos postcovid y la responsabilidad social ante la enfermedad.

Síntomas de la enfermedad

Los *síntomas de la enfermedad* hacen referencia a las formas como el cuerpo reacciona frente a la enfermedad. Las vivencias de las personas identifican síntomas como los siguientes: «… una sensación de ahogo…, faltan las fuerzas, a veces el cuerpo como que se me desequilibra, comienzo a veces a temblar, a veces me desespero porque estoy totalmente con mi garganta que me arde que me duele…»; «… sensación de angustia, es algo que no me deja vivir en paz, me dan ganas de salir corriendo de la casa… »; «… depresión»; «… mucho dolor de cabeza… un dolor de cabeza diferente a todos… porque era un ardor así como central;.. molesta la parte digestiva para consumir alimentos, no me daban ganas de comer nada y sí se me fue un poco el olor pero el sabor no»; «… me daba la tos y me asfixiaba…»; «… no pude caminar como 10 metros… yo me iba a desmayar»; «… mis hijos sí se estaban dando cuenta de que pasaron como tres días [y] este hombre no come, no desayuna, no almuerza ni cena y yo ahí acostadito, porque sentía la fiebre… un poquito de dolor de cabeza, un poquito de dolor de cadera, un poquito de fiebre, dolorcito en el pecho, en la espalda; esta gripe está fuerte…» ; se pierde el gusto y el olfato.

Información acerca del covid-19

La *información acerca del covid-19* tiene que ver con el conjunto de datos procesados que sirven para construir un mensaje relacionado con la enfermedad del covid-19. Al respecto las personas

consideraron que la información publicada acerca del covid-19 no fue efectiva. Consideran que «… faltó apoyo, faltó un poco de información y a través de esa información tal vez tener un poquito más de tranquilidad para tomar decisiones»; no hubo un mensaje unificado: «pensaría que primero es unificar la información que se maneja a nivel de todos los actores y que esa información sea focalizada al momento que está atravesando, o que están atravesando los ciudadanos…». En otros casos ayudaron porque dieron a conocer las cifras de contagios: «Yo trabajo en una parroquia popular en la periferia de la Ciudad de México, que es la que tiene el número más alto de contagios… Nezahualcóyotl se llama mi diócesis, junto con otra que se llama Ecatepec, registraron cifras muy altas de enfermos». También se buscaba información en el internet: «sí, nosotros buscábamos en internet cada que a mi mamá le mandaban un medicamento, para saber para qué era…». Sin embargo, a pesar de la información recibida, en algunos casos no se hacía la conexión con los síntomas: «en cierto momento me di cuenta, a pesar de que tenía de todo un poquito… de dolor de cabeza… dolor de cadera, un poquito de fiebre, dolorcito en el pecho, en la espalda; esta gripe está fuerte, pero yo no pensaba que era… covid».

De las vivencias de las personas se deduce que la información acerca de la prevalencia del covid está relacionada con el *estrato socioeconómico;* pareciera ser que entre los pobres hay más desafíos para cumplir con la responsabilidad social que entre los ricos Así, se identifica que en los barrios pobres, populares y periféricos de la ciudad es donde hay el mayor número de contagios, por lo tanto, la posibilidad de sobrevivir al covid-19 es mayor en quienes pueden

ir a un hospital de carácter privado dada su capacidad económica en comparación con quienes no la tienen. En otras palabras, la capacidad económica influye en cómo enfrentar la enfermedad.

Creencias acerca de la enfermedad

Las *creencias acerca de la enfermedad* se refieren a «estados de la mente en los que uno supone que algo es verdadero o probable y que se expresa lingüísticamente mediante afirmaciones» (CREENCIA, 14 de diciembre de 2021), en este caso acerca de la enfermedad del covid-19. También se relaciona con aquellas ideas consideradas como verdaderas acerca del covid-19. Su definición subyace en las afirmaciones que brindaron las personas acerca del tratamiento y cura de la enfermedad: «… es una enfermedad complicada porque todavía no hay cura, porque todavía no sabemos cómo tratarla…»; en asociar la enfermedad con la muerte: «Creo que el primer impacto de contraer la enfermedad es bastante fuerte, creo que uno asocia covid casi que con la muerte…»; en asumir que la falta de oxígeno significa gravedad; en pensar que se pudo haber evitado la muerte del familiar: «… no le puedes decir a un ciudadano que tenga cuidado cuando ya su familiar ha fallecido…»; en caracterizarla como una enfermedad rápida y mortal; en relacionar ciertos síntomas con la enfermedad: «… cuando me vienen los síntomas son dolores musculares, y a veces no poder dormir… que el dolor de cabeza y todo era tal vez por la depresión, pero no, yo pienso que ya eran los síntomas del covid …».

Asimismo, las creencias de las personas acerca de la enfermedad se relacionan con segregación: «… es una enfermedad que está

como mal vista, como si fuera lepra»; en pensar que se debe evitar el contacto con la casa del enfermo: «Entonces, cuando alguien sabe que en una familia hay alguien con covid, pues trataban de evitar esa casa, trataban de no acercarse…»; en creer que es una enfermedad que no se supera si se sufre de asma; en asumir que a mí no me va a dar la enfermedad: «… creemos que le va a pasar lo peor a todos, pero a mí no, a mí no me va a pasar eso…»; en considerar que se debe estar preparado con medicamentos para enfrentar la enfermedad; en suponer que no es un resfrío común; en negarse a que la prueba de positivo para covid; que era una conspiración. También hubo creencias positivas: «Yo soy una persona bastante optimista, creo que yo lo miraba como una enfermedad, pero que iba a ser superada, así como todo el mundo había salido».

Ahora bien, la *estigmatización del enfermo* es parte de las creencias acerca del enfermo de covid y está asociada con las *emociones y sentimientos del enfermo* y con el *rol asumido por este*. La estigmatización hace parte de las creencias acerca de la enfermedad y se revela en culpabilizar al enfermo por no haberse cuidado. Por su parte, las emociones y sentimientos del enfermo se evidencian en afirmaciones como: sentirse juzgado por la familia por haber contraído la enfermedad; tender a deprimirse; temor por ser positivo a covid-19; depresión por la hospitalización; desesperación por estar encerrado; angustia por no poder comunicarse; depresión, angustia y desesperación por el encierro; desespero al ver a otros enfermos. De igual manera, las emociones y sentimientos tienen que ver con la angustia de no saber de sus familiares; el miedo por los

resultados de los exámenes médicos, a que estén afectados los pulmones y a que mueran otros por culpa de la enfermedad.

Pero también se manifiestan emociones y sentimientos positivos en algunos enfermos cuando asumían el rol de infundir ánimo y esperanza a otros hospitalizados: «allí estaba una señora de 70 años… a veces llamaba a la enfermera le pedía que la ayudara y no la ayudaba… yo me levantaba y le decía: "venga yo la llevo al baño" … le decía que el refugio era solamente en Dios, qué la medicina puede hacer su parte, pero Dios completa todo. Gracias a Dios que también a raíz de esa enfermedad hablaba con los otros hospitalizados y pude ayudarlos Pienso que eso también me hacía sentir muy bien». Sin embargo, también hay sentimientos de frustración en el enfermo cuando se da cuenta que no puede realizar las funciones que normalmente realizaba.

Las creencias acerca de la enfermedad también se relacionan con la *creencia sobre el manejo de la enfermedad* y las *creencias acerca del enfermo de covid*. Sobre la primera, están las recomendaciones populares de cómo tratar con la enfermedad con remedios caseros y medicinas al alcance: «"tómate agüita de 1, 2 y 3", muchas cosas, incluso que el dióxido…», «te, paracetamol, medicinas». También están recomendaciones como «tener paz, y tranquilidad y no asustarnos», el uso del tapaboca, desinfección de la casa y el cuarto del enfermo, cumplir con la cuarentena, no contar lo que le estaba pasando con la enfermedad para no producir temor en otros, ejercicios y recetas; no dejarse llevar por el pánico; uso de la ivermectina; búsqueda en el internet de la medicina recetada para

saber para qué era; tomar agua de verbena. Pero también hay personas que no creen en la enfermedad.

Sobre la segunda, el manejo del enfermo, las vivencias mencionan la estigmatización del enfermo; de hacerlo responsable de haber contraído la enfermedad, porque no se cuidó; el covid trastorna el ánimo del enfermo; el enfermo se siente cuestionado; el número de días determina la evolución o retroceso del paciente; y riesgo de contraer la enfermedad si se visita a un enfermo.

Impactos del covid-19

Los *Impactos del covid-19* hacen mención de los efectos generados por dicha enfermedad tanto en lo físico, lo emocional y lo psicológico como en las relaciones sociales y los aspectos laborales. En los impactos se sintetizan los aspectos que referencian los efectos del covid en varios aspectos de la vida de las personas.

En las vivencias de las personas se mencionan impactos tales como: crisis de fe del cuidador, que alude a la situación de duda que vive una persona que ha asumido el rol de cuidador en relación con sus creencias acerca de Dios, incluso sobre su existencia; dinámicas familiares, o sea las interacciones que tienen lugar en el grupo familiar; efectos psicológicos del covid-19 en el acompañante, lo cual tiene que ver con el impacto de dicha enfermedad sobre la persona en la manera de sentir, pensar y comportarse; impacto de la enfermedad en la familia; impacto emocional en otras personas cercanas; impacto en el área laboral y repercusiones en la salud del cuidador, es decir, los cambios que produce la enfermedad sobre la manera de pensar y actuar las personas en relación con su trabajo;

repercusiones en la salud el cuidador, o sea las consecuencias que tiene el covid-19 en la salud física, mental o espiritual del cuidador. Tales elementos se relacionan de manera estrecha a tal punto que si se da un impacto en un aspecto también se da los otros. De esta manera los impactos del covid-19 se dan en lo emocional en otras personas cercanas, la enfermedad en la familia, en el área laboral y en la salud del cuidador.

Impacto emocional del covid-19 en otras personas cercanas

El impacto emocional del covid-19 en otras personas tiene que ver con la influencia que tiene el covid-19 sobre las emociones de las personas cercanas al enfermo. Se define a partir del temor y la sensación de soledad que genera escuchar la palabra «covid»: «… al cabo de semanas de haber ingresado al hospital él [mi padre] murió, entonces cuando escuchamos "covid" ahora, nos viene todo ese recuerdo de soledad, de sufrimiento, de angustia…». Asimismo, del dolor que genera el recuerdo del sufrimiento del paciente: «… (llanto) no tienen ni idea los ojos de terror que él tenía con esta enfermedad, y a mí me duele, porque yo había querido decirle "tranquilicémonos esto va a pasar o de pronto no es necesario ir al hospital».

Impacto de la enfermedad en la familia

Este impacto señala los cambios que se producen en la familia en relación con la enfermedad. Según las vivencias de las personas, se define a partir de las movilizaciones de los familiares de una ciudad a otra: «…mi hermana nos habló de urgencia, diciéndonos que mi papá estaba tosiendo y que tenía gripa y que se sentía mal.

Entonces regresamos de Cuernavaca…»; del contagio en otros miembros de la familia: «…él y mi mamá también estuvieron contagiados», «Mi hermano Jesús no se infectó cuando estaba conmigo, pero cuando vino con mi papá sí… toda la familia se infectó, mi sobrina estaba por dar a luz, también se infectó», «Mi experiencia personal y familiar fue cuando se contagiaron mis papás y un hermano menor, mi mamá fue la más afectada, alcanzó a estar en una unidad de cuidados intensivos»; de la ruptura de relaciones familiares: «… eso fue un conflicto porque cuando mi hermano enfermó eso le hizo perder hasta su familia, esa era una familia que no venía muy bien, el estar aislado, el estrés…»; pero también del fortalecimiento de las relaciones familiares: «…siempre hemos tenido una buena relación pero ya el hecho de saber la angustia que tenía el otro, de lo que sentía, eso indica lo importante que es uno para el otro y eso hace que la relación se forje o se fortalezca…», «La enfermedad también llevó a la unión [de la familia]… Ahora nos complace orar a una hora determinada y nos juntamos por videollamada y bromeamos un rato y luego oramos un poco…», se ha desarrollado más el vínculo familiar; y del cambio de vivienda por causa de la enfermedad: «… dos primas [contagiadas] se quedaron en otra casa, en una esquina…».

Entonces, tal como nos damos cuenta y de acuerdo a las vivencias de las personas entrevistadas, la enfermedad por covid-19 ha impactado, tanto negativa como positivamente, a las familias mediante experiencias que van desde el contagio de todos los miembros de la familia, pasando por los viajes inesperados de una ciudad a otra, hasta los cambios de vivienda para aislarse y ser responsable socialmente; desde las rupturas de relaciones de pareja

que estaban frágiles hasta el fortalecimiento de otras y de la unidad de la familia extendida.

Impacto en el área laboral

Bajo este aspecto se alude a los cambios que produce la enfermedad del covid-10 sobre la manera de pensar y actuar las personas en relación con su trabajo. Los síntomas de la enfermedad y el estrato socioeconómico están asociados al impacto en el área laboral y por consiguiente en el aspecto económico: «…imagínese viviendo aquí en Bogotá, sin empleo, con una hija que está estudiando, ya está terminando la carrera, sin ganarse un centavo, y los otros dos muchachos aquí [enfermos], no aparecía ni un centavo». De la misma manera, las crisis nerviosas generadas por la incertidumbre con respecto al pronóstico de la salud del familiar enfermo impactaban negativamente en el área laboral: «Esas tardes esperando la llamada del hospital, que me dijera cómo estaba, por eso no pude trabajar en este semestre porque me hizo los nervios».

Repercusiones en la salud del cuidador

Aquí se apunta a las consecuencias que tiene el covid en la salud física, mental o espiritual del cuidador. Una de esas afectaciones está en relación con las «crisis nerviosas», mejor conocida como situaciones estresantes. Igualmente, se relaciona con los efectos psicológicos del covid en el acompañante, es decir, al impacto de la enfermedad sobre la persona que ejerce el rol de cuidador en la manera de sentir, pensar y comportarse. Así lo reconoce uno de los entrevistados: «Yo si tuve atención psicológica por parte de mi EPS [Empresa Promotora de Salud], una amiga reportó mi situación, me

hicieron la prueba y al tiempo me llamaba una psicóloga, porque yo dejé de dormir, yo me alteraba mucho cuando a mi mamá la metieron a UCI [Unidad de Cuidados Intensivos]».

Sin embargo, dicha afectación psicológica tiene su asentamiento en la crisis de fe que experimenta el cuidador o acompañante, es decir en la situación de duda que vive una persona que ha asumido el rol de cuidador en relación con sus creencias acerca de Dios, incluso sobre su existencia. En ese sentido, el acompañante reconoce que con sus pensamientos puede estar yendo en contravía de la voluntad de Dios: «… Y nunca hay esa tentación de que, bueno, como yo pienso, como yo decreto, como yo digo, yo ya estoy presionando a Dios para que las cosas sucedan a mi favor», y que haber perdido a su familiar por causa del covid ha sido una prueba de fe en Dios: «Y yo decía: "pues este Dios me ha dado mucho… el texto de Job me ha ayudado en el aspecto de que me fue probando, fui perdiendo todo [sollozando]…Pero yo decía que el Señor me lo dio, el Señor me lo quitó. Bendito sea, bendito sea el nombre del Señor», pero también que le queda poca fe en el futuro después de perder a su familiar.

Es de notar que en el impacto del covid todos los aspectos están asociados con las dinámicas familiares, es decir, con las interacciones que tienen lugar en el grupo familiar (VEXELDOT, marzo 27 de 2019, párr. 3). Dentro de tales dinámicas están los prejuicios que tienen los enfermos con respecto a sus familiares: «…cuando yo le preguntaba a mi papá "¿ha conversado de la enfermedad con sus hermanos?" Él me decía no, porque me van a cuestionar»; los resentimientos de los familiares con el enfermo por

no haberles compartido su situación de salud; los conflictos que surgen por las herencias dejadas por las padres que murieron por causa del covid; los cuidados del familiar para que no se contagie en medio de sus actividades; la alegría que generaba el regreso a casa de quien había estado enfermo: «…cuando regresé, mi nieto, que tiene 4 años, me decía: "estoy Feliz abuelita porque ya regresaste". Y comenzó a gritar, a cantar, a bailar»; distribución de roles entre los familiares por causa del enfermo: «fue una situación muy difícil porque como estábamos los dos hermanos teníamos que tomar la decisión de cuál era el que iba a entrar a la casa y cuál era el que iba a hacer las diligencias»; manifestación de personalidades y expresiones de afecto o no entre los esposos; disimulos de la gravedad de la enfermedad; expresión de sentimientos de parte del enfermo hacia quien no los había tenido antes; cuidado y esmero por la madre viuda por causa del covid; reconocimiento de que hay familiares queridos que han sido el centro de la familia; distanciamientos físicos con la familia por causa de la enfermedad; y la demostración de afectos hacia los familiares queridos.

En conclusión, la experiencia de la enfermedad del covid está relacionada no solo con la vulnerabilidad física o somática del paciente sino con la parte emocional y afectiva del familiar.

Efectos postcovid

Conocer la enfermedad por covid-19 también lleva a conocer los efectos posteriores a ella, es decir, las afecciones que deja en la salud física y mental de las personas varios días o semanas después de haber tenido la enfermedad. «Las afecciones posteriores al covid-19 también pueden conocerse como covid-19 persistente, covid-19 de

larga duración, covid-19 postagudo, efectos a largo plazo del covid-19 o covid-19 crónico» (CDC, sep. 16 de 2021, párr. 2).

De acuerdo con lo mencionado por las personas entrevistadas, se concluye que los efectos postcovid se dan sobre rasgos de la personalidad, en las relaciones sociales, las secuelas físicas de la enfermedad, la revisión de su historia de vida, los aprendizajes postcovid y el cuidado de sí mismo. Estos aspectos llevan a identificar las afecciones postcovid en tres subcategorías: efectos sobre la personalidad, efectos en las relaciones sociales y secuelas físicas de la enfermedad.

Efectos sobre la personalidad

Los efectos sobre la personalidad apuntan a la manera como el covid influencia en la personalidad del individuo, es decir en las cualidades que configuran la manera de ser de una persona o su manera de actuar frente a la enfermedad[5].

De acuerdo con las vivencias de las personas objeto del estudio, dichos efectos se definen a partir del cambio en la valoración que hacía el enfermo de algunas situaciones: «…hoy podemos decir que [mi mamá] salió una persona nueva… ella como ya de verse en las últimas ha cambiado y valora algunas cosas que antes no valoraba…», y también en la valoración de los acompañantes: «…nosotros como hijos, valoramos muchas cosas que antes no valorábamos dentro de la familia»; del cambio en la manera de relacionarse el enfermo con sus hijos: «Dios mío, tantos años yo esperando que mi mamá se comportara así [bien] conmigo, porque

[5] Sobre las teorías acerca de la personalidad véase MONTAÑO SINISTERRA *et al.*, (2009).

ella siempre me trató muy duro… yo llevo desde la infancia pidiendo una mamá así, ahora que la pude ver me la vas a quitar, yo le pedí [a Dios] más tiempo para vivir momentos como esos al lado de mi mamá»; del desarrollo de la empatía: «… yo creo que la empatía también es un tema que se desarrolla más…Ahora tratamos de decirle al amigo o hasta el conocido [afectado por covid] … si necesitas algo, pues estamos para apoyarnos», y de la solidaridad: «…llegó un momento en que en la región las personas ya no tenían el ingreso para poder [vivir], porque muchos perdieron su trabajo, entonces había cuentas [bancarias] y uno ha ayudado hasta a gente que ni siquiera los conoces…». En conclusión, los cambios experimentados sobre la personalidad, tanto de los enfermos como de sus amigos o parientes cercanos, se pueden valorar como positivos en términos de relaciones sociales y afectivas.

Efecto en las relaciones sociales

Relacionado directamente con lo anterior está el efecto en las relaciones sociales, que hace referencia a la manera como han sido afectadas las relaciones sociales de la persona después de haber padecido la enfermedad[6]. Los(as) entrevistados(as) lo expresan en términos positivos cuando recibieron una orientación para suplir las necesidades: «…el haber sentido la desesperación, el haber sentido que de repente a mí no me apoyaron económicamente porque tenía el recurso, pero sí me apoyaron en que yo no sabía dónde conseguir un oxígeno, que no sabía quién me podía pasar el dato para venderme un balón de oxígeno»; y esa orientación se da

[6] Sobre la relación social véase HERRERA GÓMEZ (2000).

también por medio de las redes sociales que incluyen a personas desconocidas: «Y ahí estuvo el amigo, ahí estuvo el familiar y estuvo hasta aquel desconocido, …por redes sociales. Tú haces una pregunta y más que todo gente desconocida te ayuda. … [Mi prima] dijo: "¿dónde puedo conseguir un balón de oxígeno ahora mismo en Piura?" Y por ahí un enfermero de un hospital, que no lo conocíamos, nos dio un dato y lo empezamos a rutear. Entonces, para mí esta ayuda fue muy valiosa». En conclusión, el covid-19 generó la creación de puentes para las relaciones entre personas no sólo cercanas, familiares o conocidas, sino también con aquellas desconocidas. En esas dinámicas ocasionadas por el covid las redes sociales jugaron un papel importante para establecer dichas relaciones.

Ahora bien, el efecto causado por el covid-19 en las relaciones sociales está asociado, según lo deducido de las entrevistas, con la revisión de la historia de vida de las personas que padecieron la enfermedad. En dicha revisión se detectan cómo eran las relaciones familiares: «Pero yo siempre le digo a mi Padre celestial que Él es mi único padre, porque a mi papá, cuando yo tuve un año, mi mamá lo dejo porque era un mujeriego… entonces no conocí papá, pero tuve una tía que ejerció ese papel, papá y mamá. Ese dolor grande que he tenido es solo comparable ahora con el de Juanito [esposo fallecido por covid]…»; y la importancia que adquieren los convencionalismos sociales: «cuando mi esposo se fue de la casa teníamos 27 años de matrimonio… hay muchos convencionalismos sociales que aquí en esta sociedad son muy importantes, la figura paterna para las niñas es muy importante, yo quería conservar esa figura paterna y un lugar integrado para delante de la sociedad…».

A su vez, la revisión de la historia de vida de la persona enferma está asociada con el aprendizaje postcovid. Por ejemplo, la valoración de cosas que no se valoraban dentro de la familia; el abandono de cosas que no tienen valor o importancia para la vida; pero también retomar lo importante para la trascendencia de la vida: «que hay cosas muy importantes a las cuales yo tengo que reunir todos mis recursos: económicos, físicos, de todo, para dar, para tratar de decir no pasé inadvertido en esta tierra». Además, la experiencia del covid enseñó y llevó a practicar la empatía: «…quedó en una experiencia que lo que sí nos ha sumado es tener más empatía con todos los que en algún momento… te dicen ahora estoy contagiado… te voy a decir que si necesitas algo me lo digas, y en la medida que yo puedo te ayudo».

Secuelas físicas de la enfermedad

Las secuelas físicas señalan a las afecciones o daños que experimenta un individuo después de padecer la enfermedad de covid-19. Entre estas secuelas se incluyen la fibrosis pulmonar, que origina dificultades respiratorias; trastornos neurológicos que se manifiestan con pérdida del sentido del olfato, cefaleas y el síndrome de Guillain-Barré; lesiones en la piel, necrosis, erupciones cutáneas y pérdida de cabello; problemas cardíacos como la miocarditis; así como trastornos circulatorios como el tromboembolismo venoso (RUIZ, 30 de sep. de 2020). Algunas de estas secuelas son evidenciadas en las personas entrevistadas: «aunque yo después que salí tuve bastantes molestias y secuelas que esa enfermedad deja»; «pero yo sí creo que perdí casi 11 kilos tan rapidito…»; «…la capacidad respiratoria disminuyó, porque yo

trotaba… ahora yo no soy capaz de trotar así fuerte, 10 minutos siento que me asfixio. Los pulmones sufrieron porque ahí fue donde se alborotó el problema».

De acuerdo con las vivencias de los individuos involucrados en la investigación, se observa que dichas repercusiones están estrechamente vinculadas al concepto de autocuidado. Este término hace referencia a las acciones y procesos emprendidos por una persona con el propósito de salvaguardar su bienestar físico, mental y emocional en el período de recuperación tras la finalización de la enfermedad. Una de esas acciones descansar fuera de la ciudad: «Entonces mi hermano tiene una casa en Cuernavaca a las afueras de la Ciudad de México y me dijo vámonos unos tres o cuatro días para descansar»; separar tiempo para sí mismo: «…el trabajo si es importante, pero también es importante que uno se dedique un poco de tiempo que empiece hacer los espacios para sí mismo»; «…uno tiene que pensar más en uno, empezarse a cuidar, dedicarse más tiempo, más tiempo de compartir con los demás, de hacer otras actividades que no sean solo de responsabilidad sino que también de recrearse, salir y hacer actividades diferentes para estar mejor psicológicamente». No está por demás decir que esta subcategoría del cuidado de sí mismo está relacionada con la de aprendizajes postcovid y que ya fue descrito en el apartado correspondiente.

En suma, los efectos postcovid que están evidenciados en los aspectos psíquicos, sociales y físicos contrastan con lo asumido antes de la investigación. Según los datos arrojados en este trabajo, los dos primeros tienen aspectos positivos, pero no así el tercero. Dicho de otra manera, mientras una cara de la pandemia antes de

esta investigación mostraba desolación, depresión y muerte, los resultados evidencian una cara con aspectos positivos que tienen que ver con la empatía, la solidaridad, el acercamiento afectivo entre las personas, especialmente entre familiares que no se llevaban bien y el tomar cuidado de sí mismo.

Responsabilidad social ante la enfermedad

Conocer la enfermedad también llevó a asumir responsabilidad social, que hace referencia al «compromiso por parte de los miembros de una sociedad, ya sea de manera individual o grupal, implicando que se tenga en consideración el impacto que provocará una determinada decisión» (GESTIÓN.ORG, párr. 1). En otras palabras, tiene que ver con acciones individuales, institucionales y colectivas. Y, de acuerdo con las vivencias, en ella está implícita la responsabilidad institucional y la social propiamente dicha.

Responsabilidad institucional

La Responsabilidad institucional tiene que ver con las acciones y decisiones tomadas por la institución, donde laboraba la persona que enfermó de covid, con respecto a las medidas de bioseguridad. Se identifica a partir del cumplimiento o no de los protocolos de bioseguridad en las instituciones o empresas donde laboran las personas en medio de la pandemia causada por el covid-19. Así lo expresa una de las personas entrevistadas: «…porque lo hicieron trabajar presencial [a mi esposo], y él me decía que el sindicato quería hablar conmigo. Yo no hablo mal de los sindicatos, pero la verdad es que son renecios. Y decían: "entren dos" [al lugar de trabajo] y entraban seis, algunos sin mascarillas. Es decir, [mi

esposo] se expuso mucho, ahí fue el contagio». En otras palabras, se cree que no seguir los protocolos de bioseguridad en el trabajo facilita el contagio de la enfermedad. Por lo tanto, la institución es responsable, directa o indirectamente, de la transmisión de la enfermedad entre sus trabajadores.

Responsabilidad social ante la enfermedad

A la definición de arriba podemos agregar que la responsabilidad social ante la enfermedad hace referencia al compromiso de una persona, grupo humano u organización ante los impactos que sus decisiones y actividades ocasionan en la sociedad y el medioambiente, a través de un comportamiento transparente y ético (RSS, 30 de octubre de 2019), en este caso con respecto al covid-19. Según los testimonios de los entrevistados, este aspecto del conocimiento de la enfermedad se evidencia en asumir las responsabilidades por estar cerca del enfermo: «luego fue una decisión familiar en donde tomamos rápidamente la decisión para estar con él, porque era una zona de alta peligrosidad porque tenía una alta carga viral y había que asumir las responsabilidades que uno también podía estar contagiado»; enfrentar el elevado riesgo de contagio en entornos hospitalarios; experimentar las consecuencias derivadas de ignorar las recomendaciones, como evitar el contacto con individuos enfermos o fallecidos y no utilizar mascarillas; seguir los protocolos funerarios, como la realización de rituales con las cenizas del difunto; reconocer que las personas de clases sociales más privilegiadas tienden a tomar medidas más protectoras; adoptar prácticas como el uso de mascarillas, gel antibacterial y el lavado de manos; mantener la distancia física; aplicar el aislamiento

en caso de enfermedad; concientizar a otros sobre la gravedad de la enfermedad; exponerse al contacto con personas enfermas sin saber que padecen covid-19; y tomar la decisión de no acudir al trabajo.

En síntesis, las vivencias de las personas de América Latina que sufrieron de covid-19 fueron conociendo la enfermedad, inicialmente de manera empírica, y posteriormente con las publicaciones médicas a través de los medios de comunicación. Así, reconocieron los síntomas, los impactos y efectos postcovid. No obstante, dicho conocimiento era mediatizado con las creencias acerca de la enfermedad y responsabilidad social ante la enfermedad. A continuación se presentan las vivencias acerca del acompañamiento en la enfermedad y en el duelo.

4

Acompañamiento en la enfermedad y el duelo

En el capítulo anterior se presentaron las vivencias de las personas de América Latina en relación con el conocimiento de la enfermedad del covid-19. Se vio cómo los medios de comunicación jugaron un papel importante en medio de las creencias desde el empirismo que tenía la gente acerca de la misma, y las prácticas de la responsabilidad social relacionadas con protocolos de bioseguridad. Ahora se describe cómo fueron las vivencias con respecto al acompañamiento en la enfermedad y el duelo.

El *acompañamiento al enfermo*, según lo expresado por las personas entrevistadas, sintetiza los aspectos que referencian al acto de estar al lado del enfermo de covid-19 para brindarle apoyo en varias áreas de la vida durante el tiempo que padezca la enfermedad. Estos incluyen aspectos tales como: apoyo familiar al cuidador/acompañante, que hace referencia a la forma en que el acompañante del enfermo recibe la ayuda de la familia nuclear y/o extendida; actitudes del acompañante hacia el enfermo, o sea, el comportamiento que adopta el individuo frente a la vida; emociones y sentimientos del acompañante, lo cual tiene que ver con las reacciones subjetivas al ambiente regulado por los

neurotransmisores; rol de la comunidad religiosa, rol de la institución eclesial, rol asumido por el cuidador y rol del religioso acompañante, todos ellos relacionados con personas o instituciones que se encargan de ayudar a las personas con covid-19 con algún nivel de dependencia. Estas dinámicas familiares y psicológicas, así como los roles, proveen las bases y generan roles relacionados con el cuidado o acompañamiento al enfermo en todas sus áreas. Así, en el acompañamiento al enfermo se develan tres aspectos: apoyo familiar al enfermo, rol asumido por el cuidador y rol del religioso acompañante.

Apoyo familiar al enfermo

El *apoyo familiar al enfermo* «hace alusión a la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los hijos» (MEDELLÍN FONTES *et al.*, 2012, p. 149), con el fin de ayudar en la recuperación del enfermo. Según algunos de los entrevistados, este aspecto se define a partir de la toma de decisiones de parte de la familia para estar con el enfermo: «… fue una decisión familiar en donde tomamos rápidamente la decisión para estar con él [el esposo enfermo], porque era una zona de alta peligrosidad porque tenía una alta carga viral y había que asumir las responsabilidades…», «Es el acompañamiento que se requiere también para superar este momento tan complicado».

El apoyo familiar al enfermo se da en los reclamos ante el sistema de salud: «fue algo lamentable, realmente muy triste, porque el *Seguro* no nos quiso atender a los sacerdotes con covid... Entonces mi hermano se molestó mucho y por teléfono les dijo: "no,

¡tienen que atenderlo!"». Dicho apoyo también se revela en encontrar alternativas para la estadía del enfermo: «Y entonces mi hermano me dijo bueno, pues tenemos un plan B, y muy amablemente me recibió en su casa. Él fue el que me atendió. Le dijo a su esposa y sus dos hijos que desocuparan la casa. Y él y yo nos quedamos en su casa»; y en emprender acciones frente al sistema de salud, como someter a su familiar a pruebas para determinar si estaba infectado con covid-19. Asimismo, proporcionando palabras de aliento y apoyo, y ofreciéndose como una válvula de escape emocional.

Rol asumido por el cuidador/acompañante

El *rol asumido por el cuidador o acompañante* está relacionado con el aspecto anterior. Sin embargo, la distinción radica en que éste se refiere a aquellas personas que desempeñan roles de manera deliberada al asumir la responsabilidad de brindar asistencia a individuos con cierto grado de dependencia, específicamente aquellos afectados por la enfermedad de covid-19. Este aspecto se define a partir de estar presente físicamente en una sala del hospital acompañando a su ser querido a pesar del riesgo de contagio y asumiendo funciones de mantenimiento del lugar donde se encontraba su familiar para demostrarle su compañía.

Es importante enfatizar que, dados los cambios que experimenta el enfermo, cumplir con el rol de acompañante amerita un cierto *perfil*: «Entonces el paciente se siente muy mal y cambia su ánimo … se trastorna, y tiende a deprimirse. Entonces hay que tener mucha paciencia, mucho amor, para poder sobrellevar la situación. Y hay que estar también físicamente muy activo». También, se debe

ser propiciador de buenos ambientes: «Y de hecho en la sala [del hospital] se desarrolló un ambiente muy familiar porque la gente sentía esa aceptación y ese cuidado. Y eso generó entre todos los que estaban allí en la sala, el deseo de compartir, el deseo de hablar de conocerse. Ese acercamiento…». Igualmente, hay que estar de buen ánimo, estar atento a lo que dice el enfermo, ayudarle a dormir y demostrarle que no hay miedo a la enfermedad. Además, el cuidador debe ser vigilante de la responsabilidad social frente al contagio. Es de tenerse en cuenta de que, a pesar de requerirse acompañamiento, no siempre podía darse dado que la enfermedad había tocado a los demás miembros de la familia.

En el rol asumido por el cuidador o acompañante, adquiere importancia *el apoyo, ya sea de familia o de amigos*, dado que la enfermedad hace que las personas se vuelvan vulnerables en varias áreas de su vida. Una manera de apoyar es con la consecución de profesionales para acompañar el tiempo del duelo: «un apoyo muy importante, cuando mi padre ya falleció… [fue] una prima mía [que] trabaja en los Estados Unidos en uno de los cementerios de Los Ángeles y ella tuvo la gentileza de ayudarnos con una charla de una persona sobre el duelo. Y yo reuní a toda mi familia y nos conectamos vía Zoom». Otra manera es creando un grupo de oración.

Pero, es importante que «exista la confianza suficiente para que la familia se convierta en un apoyo, porque lo primero que uno piensa es que si yo le cuento a la familia… el temor es que te juzguen en lugar de que te apoyen y creo que ahí está el papel de la familia verdaderamente…», además de asumir roles con los hijos e hijas del

acompañante. Y otra forma es estar pendiente del cuidador: «Ahora vivo sola y pues ella [mi hija] siempre está pendiente de mí, viene a verme, me viene a saludar cuando puede viene a comer conmigo etc., para que yo no me sienta tan sola». Y una manera sencilla pero que adquiere mucho significado es brindar ánimo: «… somos una familia numerosa y siempre digamos que bromeamos hasta con nuestro apellido [Fiestas], … entonces entre todos nos íbamos dando ánimo…».

En el papel de cuidador, *las actitudes del acompañante* desempeñan un papel fundamental. La actitud, en este contexto, se describe como una disposición psíquica hacia o para algo, representando el preámbulo interno de la acción. Esta disposición se forma en el individuo a través de la experiencia, se adquiere y surge de la integración de elementos biológicos no diferenciados y elementos socioculturales específicos (ACTITUD, 2021, 6 de diciembre). Es decir, la disposición que tiene la persona que asume el rol de cuidador hacia el enfermo de covid-19, influye en el cumplimiento de sus funciones. Algunas de ellas ya se han mencionado arriba en el párrafo sobre perfil del acompañante: paciencia y buen ánimo. A estas se añaden una mente positiva a pesar del riesgo de contraer la enfermedad: «manteniendo positiva esa mente, eso iba a ayudar a que no me enfermara con facilidad»; y la actitud de servicio.

Esas actitudes, mencionadas en el párrafo anterior, dependen mucho de las *emociones y sentimientos del acompañante*. «Las emociones son reacciones subjetivas al ambiente que son acompañadas por cambios orgánicos, fisiológicos y endocrinos de

origen innato» (GUERRI, 16 de noviembre de 2021). Los sentimientos, en cambio, son resultado de las emociones. Esta respuesta está mediada por neurotransmisores como la dopamina, la noradrenalina y la serotonina. Forma parte de la dinámica cerebral del ser humano y de los demás animales, capacitándolos para reaccionar a los eventos de la vida diaria; al drenarse una sustancia producida en el cerebro hay muchas emociones (SENTIMIENTO, 3 de diciembre de 2021).

Durante el tiempo de atención al enfermo, el cuidador experimenta una variedad de emociones y sentimientos. Por lo tanto, en determinadas ocasiones y también influenciado por las circunstancias del lugar de atención, la persona que brinda apoyo experimenta sensaciones de claustrofobia. La evolución negativa de la enfermedad le genera emociones de tristeza, enojo y miedo, mientras que al comienzo de la enfermedad experimenta sentimientos de soledad: «Entonces si hay un sentimiento inicial el momento de contraer la enfermedad es precisamente esa sensación de soledad, de que no hay ayuda… bastante crítica, bastante fuerte. No saber a dónde ir». La sensación de aislamiento se intensifica al recordar la trágica pérdida de un ser querido debido al covid-19: «entonces, cuando escuchamos "covid" ahora, nos viene todo ese recuerdo de soledad… la verdad no hubo absolutamente nadie que nos apoyara…».

El acompañante se siente afectado emocionalmente al saber de la gravedad de contraer el covid-19: «es una enfermedad complicada porque todavía no hay cura, porque todavía no sabemos cómo tratarla». Igualmente, por la angustia que

manifiestan los pacientes por causa de la falta de oxígeno: «… yo vi como mi padre en un fin de semana que empezó a sentir la falta de oxígeno, [llanto] no tienen ni idea los ojos de terror que él tenía con esta enfermedad, y a mí me duele, porque yo había querido decirle "tranquilicémonos esto va a pasar o de pronto no es necesario ir al hospital"». A esto se suma el sentimiento de haber fallado por no haber tenido responsabilidad social: «… contraer la enfermedad probablemente es porque fallaste de alguna manera en las recomendaciones que requiere el cuidado de esta enfermedad…», «cuando uno contrae la enfermedad es porque uno no hizo algo bien».

También hay dolor en el cuidador religioso al celebrar los rituales de quienes han muerto y de los enfermos. Y miedo: «Yo tenía mucho miedo. Pero lo hacía porque tenía que hacerlo. Entonces el aspecto de la obediencia, no al obispo sino a Dios directamente». Ese miedo también está relacionado con las pérdidas de cadáveres en los centros hospitalarios: «nosotros teníamos mucho miedo de llevarla a una clínica porque cuando mis papás enfermaron habían salido muchas noticias de UCIS colapsadas, y justamente en la clínica donde los tenían que atender a ellos había ocurrido la pérdida de unos cadáveres». Igualmente, hay un sentimiento de vulnerabilidad: «La historia cambió a los cuatro días cuando mi tía empezó a hacer accesos de que no podía respirar… y nos dijeron "¿sabes qué? consigue el oxígeno". Ahí la enfermedad, ahí el contagio tuvo otro significado: "éramos vulnerables", ya no había forma de tomarlo con tranquilidad».

La carga emocional del acompañante, sobre todo cuando tiene que enfrentar varios casos de su familia, lo lleva a buscar ayuda profesional: «… yo dejé de dormir, yo me alteraba mucho, cuando a mi mamá la metieron a UCI, por mucho que yo disimulaba con mis hijas, … yo sentía que tenía a mi mamá en una clínica y a mi hermano en otra, mi papá en la casa con medicamentos, mi otro hermano por fuera, mis hijas son pequeñas, yo decía "siento que no voy a poder", pero yo si tuve apoyo de psicología».

Esos sentimientos sin embargo se contrastan con lo que produce el acompañamiento de la comunidad religiosa: «... nos transmitieran mucha paz, mucha tranquilidad», y en la oración se pedía tranquilidad y fortaleza para aceptar la partida del ser querido. Pero también hay un sentimiento de esperanza cuando se encuentra ayuda en detalles como el de cuidar los hijos: «Yo te ayudo a cuidarla [a la niña]. Entonces son detalles que te ayudan y te hacen sentir mejor, a superar, el tema de tener esperanza en cuanto a enfrentar la enfermedad». Y hay buenas sensaciones cuando la enfermedad ha producido reencuentros o pequeños actos de aprecio: «Yo les cuento que yo me fui emocionada no tanto por los vasos [que me regaló] sino por esos momentos, esa sonrisa de mi mamá».

Rol del religioso acompañante

El *rol del religioso acompañante* hace referencia a las funciones asumidas por el religioso que acompaña al enfermo durante el tiempo de la enfermedad. De acuerdo con la vivencia del sacerdote entrevistado, se puede deducir que este aspecto se define a partir de las funciones otorgadas por la iglesia a sus religiosos: «Yo, como

sacerdote, acompañé a varios enfermos, no sé la cantidad, pero han sido muchos, ya que en la Iglesia católica se tiene el sacramento de la unción de los enfermos, que es cuando alguien está enfermo y solicita … que un sacerdote lo vaya a ver, que le dé la comunión y lo confiese». Sin embargo, en los rituales llevados a cabo con los enfermos por covid-19, y debido al contagio, los religiosos cambiaron sus prácticas: «Entonces yo hacía lo clásico de escucharlos en su confesión y ya después como se les tiene que poner aceite en la frente y en las manos… Ahora les pongo yo con … estos goteros para los ojos para que no los toque. Pero en aquel tiempo, pues no sabía yo y les ponía yo con un dedo, luego con otro con tres y me los limpiaba y llevaba yo cubrebocas». No obstante, y a pesar de la formación profesional como religioso, en el cumplimiento de su rol también había temor al contagio: «cuando el covid, se dijo, que era una enfermedad muy grave y contagiosa, varios sacerdotes no querían ir [a visitar a los enfermos]...».

El rol de religioso acompañante también está relacionado con la *invitación al perdón* dentro de la familia, así lo expresó el sacerdote: «Y luego también hablaba yo con la familia y les decía pues que estuvieran unidos, que hablaran con su enfermo, que se pidieran perdón…». También el rol tenía que ver con ayudar a *superar el duelo* cuando no hubo tiempo para despedirse del familiar: «Cuando yo iba a sepelios, a difuntos, entonces pues juntaba a la familia y les decía que hablaran con él. Aquí está el cuerpo. Aquí está el cuerpo del difunto... él no está muerto, sigue vivo».

Igualmente, el rol asumido en la superación del duelo está estrechamente relacionado con la creencia religiosa, en este caso

católica, acerca de *la resurrección*: «Entonces yo les decía "si no creen en la resurrección, su fe no sirve" … Lo que yo hacía era que creyeran en la resurrección. Que su difunto no estaba muerto... que se había enfermado y acabado en el cuerpo. Pero hay otra parte que sigue viva». Y la creencia de haber cumplido con la misión a la que vino al mundo: «… el que murió, ya cumplió su misión en la vida. Yo les decía "La vida y la muerte son un misterio", porque también me tocó de jóvenes…muertes más inesperadas. Entonces yo les decía "pues ellos ya cumplieron su misión". Fue muy corta. Nos hubiera gustado más tiempo, pero para ellos ya terminó su tiempo». Igualmente, dentro de ese rol está la *confidencialidad* con la familia o miembro de la comunidad que sufría la enfermedad: «entonces sí se lo conté al pastor y él me comentó que otros hermanos estaban pasando la misma situación… [pero] no comentaron y que él respetaba».

Ahora bien, ese *rol de religioso acompañante* está asociado con el *rol de la comunidad religiosa* y el *rol de la institución eclesial*, las cuales se relacionan entre sí. Explícitamente, el religioso hace parte no sólo de una comunidad religiosa sino de una institución eclesial. Y es a él o a ella a quien se dirige quien busca ayuda en las necesidades, en este caso por covid-19. A partir de la información que recibe el religioso, la comunidad religiosa comienza a cumplir un rol importante en el acompañamiento: «…mis hermanos [en la fe], por ejemplo, lo supieron [que estaba enferma del covid] y fueron muy respetuosos, no me estuvieron llamando y llamaban a mi esposo para preguntarle todos los días "cómo está, cómo sigue" y me mandaban mensajitos…». Esto, reconocen los enfermos, es parte de lo que significa ser comunidad: «… por lo menos lo que siempre

mencionamos en la Iglesia, de ser una comunidad, de que somos una familia, y procuramos… compartir lo que nos sucede en la cotidianidad, por lo menos las cosas importantes o relevantes que nos suceden».

Con respecto a lo anterior, llama la atención que en los entrevistados hay un sentimiento de culpa cuando no se comparte el sufrimiento o la necesidad: «… y me sentía como culpable de aquello [de no compartir que estaba enferma del covid-19], sentía que debía de hacerlo y no me aguantaba». Este sentimiento parece surgir por la formación que ha tenido el enfermo de covid-19 de que, más allá de ser una institución eclesial, la iglesia es una comunidad. Paradójicamente, ese sentimiento de culpa se transforma en bienestar al experimentar un acompañamiento mutuo: «… me hizo sentir bien el saber que el acompañamiento que los hermanos me estaban dando, todas sus palabras de aliento, sus oraciones, y... también el poder acompañarlos a ellos… tanto por la prevención como para animarlos...».

Algunos de los acompañantes de enfermos por covid-19 se sintieron respaldados en su rol por las instituciones a las que pertenecen sus comunidades religiosas: «El hecho de, por ejemplo, en mi caso, nosotros que tuvimos el rol de la Red Menonita de Misión, que nos asistió también, fue muy importante, hubo gente involucrada en el proceso y acompañamiento». Otros, por el contrario, son críticos de sus respectivas instituciones eclesiales por no apoyarles en su rol de acompañantes, tal como lo expresa el sacerdote: «… en el acompañamiento espiritual, y yo pienso que, en mi misma diócesis, el obispo no ha estado a la altura, ni los políticos

ni las autoridades eclesiales, a prepararnos… como que lo dejan a que cada el que tenga buena voluntad lo haga…», «… en la diócesis [de Guadalajara] se escogieron creo que tres sacerdotes jóvenes voluntarios y les compraron equipos muy buenos de protección para que fueran a los hospitales. Entonces yo le dije a mi obispo que por qué no hacíamos eso y él me dijo: "No, es que ellos son muchos". Y yo decía: "pues, si somos menos, pues hay que cuidarnos más"».

Acompañamiento en el duelo por covid-19

El *duelo por covid-19*, como en cualquier otra situación, se refiere a «una cierta sucesión de etapas en el que se procesa o "elabora" la aflicción ligada al trauma de la pérdida» (SCHIPANI, 2016). Este elemento está conformado por siete aspectos: rol del acompañante en el duelo, dinámicas de duelo, responsabilidad social en el duelo, rol de la institución eclesial, apoyo de la comunidad religiosa, comprensión de la voluntad divina y creencia religiosa. Y estos se agrupan en tres: rol del acompañante en el duelo, dinámicas del duelo y responsabilidad social en el duelo.

Dinámicas en el duelo

Este aspecto remite a las interacciones que suceden alrededor del duelo por causa de la pérdida de un ser cercano por causa del covid-19. En este estudio se define a partir del entendimiento que se tenga del duelo:

> … fue tan importante para cada uno de nosotros, porque primero es entender que el duelo es único para cada uno de nosotros, que cada uno va a vivir este duelo de una manera

> distinta. Que entendamos que vamos a tener diferentes etapas en este duelo, tal vez de euforia, de tristeza, de qué sé yo, y realmente ahora estoy entendiendo que en efecto es así, hay días más críticos que otros y para nosotros fue muy importante como familia entender primero, porque uno no está preparado para esto…

Las dinámicas del duelo también se definen a partir de la fe: «Y pienso que la fe también es algo que sostiene mucho en ese momento, esa convicción de que esto no escapa de las manos de Dios» y de los aprendizajes que deja: «…y que estoy aquí por alguna razón o algo debo aprender en todo este proceso y, de hecho, fue así»; de entender la muerte como aceptación de los designios de Dios: «Creo que es un poco errada esta imagen [que no nos va a pasar nada] y hay que aprender a aceptar los designios de Dios», pero también de culpar a Dios por la muerte de su ser amado: «…este es la única vez que Dios no me ha respondido mis oraciones, la única vez, cuando yo con más fe le pedía, yo doblaba rodillas le pedía con todo mi corazón y no, no lo hizo»; emociones expresadas: «…aunque no los entendamos, aunque dé rabia, y también genere mucho temor»; sentimientos: «…pero en definitiva mi padre era el que peor estaba de los que enfermamos y al cabo de semanas de haber ingresado al hospital él murió. Entonces, cuando escuchamos "covid" ahora, nos viene … angustia»; sentido de culpabilidad:

> Entonces, quizá si un especialista le hubiera dicho "mira, primero hay que tener tranquilidad, paz, no asustarnos", (obviamente el desenlace fue crítico), pero yo sí creo que él [mi padre] había estado un poquito más calmado, más tranquilo,

habría ingresado al hospital, probablemente con mayor optimismo del que ingresó...

Así mismo las dinámicas del duelo se definen a partir de prácticas rituales de la religión a la que se pertenece: «… primero puse los santos óleos al papá…e inmediatamente comencé la misa por su hijo, que había muerto el día anterior… la señora estaba despedazada. Estaba la misa por su esposo, y al mismo tiempo este su hijo, pues prácticamente agonizando»; invitación a la unidad de la familia: «el mejor regalo que le pueden dar es que los vea, que estén unidos. Este, yo hacía hincapié en que la familia no se desintegrará y se perdonaran porque les decía que estén unidos»; invitación al perdón y la reconciliación: «Entonces, hoy que te pidan perdón, también les decía yo que se reconciliaran con el difunto. Les decía si no pudieron decirle algo en el hospital, en su enfermedad, este, ahorita hablen en su corazón, pídanle perdón, este, díganle que los perdone y reconciliarse como familia»; énfasis en la creencia sobre la resurrección de los muertos: «Entonces yo ponía acento en la resurrección. En que la persona no estaba muerta, era una parte de él que tenía que morir tarde o temprano, pero que seguía vivo, se había ido con Dios…»; preparación para el duelo:

> Mi papá murió hace tres años, eso me ayudó a mí el ver la experiencia de mi papá, porque él tomó la situación con tanta calma, nos preparó como familia, en todo su tiempo de enfermedad nos estuvo preparando, al grado que cuando el partió nosotros quedamos con una paz increíble … era como un preduelo tal vez que uno tiene antes.

Y cambios en el estado de ánimo durante el duelo:

> …yo ahora no soy la que era antes yo he cambiado mucho, yo soy positiva, soy optimista, todas mis amistades me dicen queremos ver a la Blanqui alegre, a la Blanqui divertida, a la Blanqui que canta, que ríe. Ya no soy esa, no tengo el ánimo, no tengo el deseo.

Las dinámicas de duelo, tal como se deduce de las vivencias, se sustentan en la comprensión de la voluntad divina-la cual hace parte de la creencia religiosa- y en el apoyo de la comunidad religiosa, la cual cumple con el rol de la institución eclesial cuando se presentan estos casos. Estos cuatro aspectos son tratados más adelante en los apartados correspondientes.

Rol del acompañante en el duelo

Este aspecto tiene que ver con el papel del acompañante en relación con las personas que están en duelo por causa del covid-19 para brindarles apoyo en varias áreas de la vida. En este estudio se define a partir de la búsqueda de ayuda profesional durante el duelo: «una prima mía trabaja en los Estados Unidos en uno de los cementerios de Los Ángeles y ella tuvo la gentileza de ayudarnos con una charla de una persona que trabaja en los Estados Unidos sobre el duelo y yo reuní a toda mi familia; de la invitación a la unidad familiar: «…el mejor regalo que le pueden dar es que los vea, que estén unidos. Este, yo hacía hincapié en que la familia no se desintegrará y se perdonarán porque les decía que estén unidos»; al perdón y la reconciliación: «Les decía: "pídanle perdón, este, díganle que los perdone" y reconciliarse como familia».

Así mismo al énfasis en las actividades con el doliente: «Yo le doy gracias a dios por esas hijas maravillosas que dios me dio, ellas siempre están pendientes de mi me llaman, me sacan». Ahora bien, el rol del acompañante en el duelo está asociado con la comprensión de la voluntad divina y la creencia religiosa, aspectos que ya fueron descritos arriba en sus apartados correspondientes.

En suma, en las vivencias de las personas entrevistadas, el acompañamiento en la enfermedad y el duelo se evidencia principalmente en el apoyo familiar al enfermo, el rol asumido por el cuidador y rol del religioso acompañante. No obstante, dicho acompañamiento vas más allá de simplemente estar al lado del enfermo físicamente, condolerse con él y asumir los riesgos del contagio, también incluye reclamos ante el sistema de salud. Pero se enfatiza la necesidad de tener un cierto perfil para que el acompañamiento sea asertivo. Y en el acompañamiento en el duelo se evidencian distintas dinámicas en las que a las personas afectadas se les posibilita dialogar con su perspectiva de fe y ser orientadas hacia el perdón y la reconciliación. El siguiente capítulo se dedicará a la descripción de las vivencias en relación con el ejercicio de la espiritualidad.

5
Ejercicio de la espiritualidad

El anterior capítulo trató sobre las vivencias de las personas afectadas por el covid-19 en relación con el acompañamiento en la enfermedad y el duelo. Allí se vio cómo dicho acompañamiento trascendía más allá de la presencia al lado del paciente o de quienes estaban en duelo, tenía que ver con enfrentar al sistema de salud que no cumple su función cabalmente ni con sensibilidad ante el dolor del prójimo. Ahora se describirán las vivencias en relación con el *ejercicio de la espiritualidad*.

La *Espiritualidad* se define desde la fenomenología como una forma de cuidarse a sí mismo y sentirse en paz (FOUCAULT,1994); una forma de cuidado de sí mismo y encontrarle sentido a la vida (HEIDEGGER, 2015); «abarca las necesidades más profundas del ser, necesidades cuya realización acercan al individuo a un estado de propósito y significado» (INGERSOLL Y ZEITLER, 2010, p.269); es «un anhelo de buscar significado, propósito y dirección vital en relación con una fuerza superior, espíritu universal o Dios» (MEICHENBAUM, 2008, p.5).

En las vivencias de las personas entrevistadas, bajo ejercicio de la espiritualidad se vinculan aspectos tales como: prácticas

espirituales, creencias, sentido de la vida, rol del guía espiritual, rol del religioso acompañante, comprensión de la divinidad, crisis de fe del cuidador, rol de la comunidad religiosa, rol de la institución eclesial y comprensión de la voluntad divina. Estas dimensiones intrapersonales conforman las bases de la espiritualidad de la cual se desprenden tres aspectos principales: prácticas espirituales, creencia religiosa y sentido de la vida.

Prácticas espirituales

Las *Prácticas o disciplinas espirituales* «Son la manera de sembrar para el espíritu. Las disciplinas constituyen el método de Dios para colocarnos en tierra; ellas nos colocan en el sitio en que él puede obrar dentro de nosotros y transformarnos» (FOSTER, 1986, p. 22). Y tienen como propósito «liberar al hombre de la sofocante esclavitud a que está sometido: la esclavitud del egoísmo y del temor. Difícilmente pudiera decirse que aquello que libera al hombre interior de todo lo que lo ata es una insípida práctica monótona» (FOSTER, 1986, p. 16).

De acuerdo con las vivencias de los entrevistados, esta categoría se define a partir de la aceptación de la voluntad de Dios, los designios de Dios, y la realización de oraciones, cantos, salmos y lecturas bíblicas.

Sobre la *práctica de la oración* se mencionan varias modalidades: grupos de oración en las noches, oraciones familiares, oraciones familiares por internet y cadenas de oración. Igualmente, saber qué pedir si la persona va a morir y entender el propósito de la oración si la persona fallecería. Sobre esto último, una de las personas

asumió que la oración en familia era el designio de Dios: «…yo creo que ahí están los designios de Dios. La partida de mi papá está dejando algo en nosotros, en la familia, y es la oración de su propia familia, que jamás se había acercado a Dios».

Varias de las personas entrevistadas manifestaron que una de las utilidades de la oración es que proporciona paz y tranquilidad, ayuda y fortalece en momentos difíciles: «… todo el mundo se conecta en las noches y lo que me dijeron es que habían encontrado esa paz, esa tranquilidad en la oración...»; «Ahora nos complace orar a una hora determinada y nos juntamos por videollamada… Y yo creo que eso también nos ha dado una paz…»; «…es algo que tenemos a la mano, es algo que especialmente en situaciones de crisis nos ayuda, nos fortalece mucho, el hablar con Dios y a la vez el escuchar a Dios en esos momentos, poder conversar con él y poder ser sincera con él…».

En cuanto al contenido de las oraciones, se destaca en las entrevistas que aquellas oraciones realizadas por la salud de la persona implicaban un compromiso con Dios de retribuirle a Él de alguna manera: «…le oramos, le pedimos y le prometimos…». Igualmente, las oraciones de los mismos enfermos no se limitaban a su salud sino a otros asuntos: «Ella [mi mamá] dice que siempre ha orado, pero que en ese momento los ruegos a Dios eran mucho más fuertes y ella dice que Dios le escuchó las cosas que ella le pidió, solo ella sabe lo que le pidió». Y las oraciones de los hijos por sus familiares incluían anhelos desde la niñez relacionados con expresiones de afecto: «…yo llevo desde la infancia pidiendo una mamá así, [Dios], ahora que la pude ver, ¿me la vas a quitar?, yo le

pedí más tiempo para vivir momentos como esos al lado de mi mamá, en mi intimidad con Dios eso era lo que yo le pedía».

Acerca del *estudio de las Escrituras*, algunas personas expresaron que resulta ser un mensaje muy propicio: «…estamos estudiando Filipenses y era como realmente un mensaje muy propicio para estos tiempos y eso también es algo que nos fortalece, el mensaje esperanzador de Dios»; jugó un papel importante: «yo lo único que pedí en la clínica era que le dejaran entrar su Biblia. Mi mamá lee la Biblia todos los días…», «…leer la biblia, mi libro de lectura diaria, un grupo de amigas que me mandan versículos, que me apoyan». En otras oportunidades expresaron que los familiares la usaron como un instrumento para garantizar la sanación del enfermo: «…mucho tiempo después de que salí [mi hermano] me dijo que estaba haciendo mucha oración y que hizo una promesa de leer no sé cuántas veces lo salmos, algo así, para mi sanación».

Otras prácticas espirituales expresadas por los entrevistados fueron: *la unción de los enfermos*: «Recibíamos en la parroquia personas que iban a buscar a un sacerdote para la unción de los enfermos…»; *el testamento espiritual*:

> … escribí lo que yo pensé era como un "testamento espiritual" … no estaba yo con la seguridad de que fuera a recuperarme. Y a mí en ese artículo que le titulé "El soldado de Cristo", yo decía pues que, si yo me moría, me iba a morir satisfecho de haber hecho mi trabajo.

De igual forma, uno de los religiosos entrevistados expresaba la importancia de la *invitación al perdón*: «Y luego también hablaba yo

con la familia y les decía que estuvieran unidos, que hablaran con su enfermo, que se pidieran perdón»; otro entrevistado veía importante *testificar acerca de la sanidad del covid*: «…por lo menos estaba bien, entonces el siguiente día yo escribí un mensaje para la iglesia contando mi testimonio de que había sido contagiada por el virus y gracias [a Dios] estaba bien», y que el testimonio tenía como propósito dar esperanza y fortalecer la fe de otros: «… que ya estaba saliendo y animando a los hermanos, sobre todo eso era un mensaje de testimonio y de esperanza, de valor, de fe de ánimo, y estaba repitiéndoles muy enfáticamente un mensaje que me quedó a mí».

De la misma manera, en los testimonios de los entrevistados se identifican prácticas espirituales tales como: *recordar los milagros de Dios*: «…ver, recordar los milagros que Él me ha hecho es algo que a mí me llena porque sé que escucha las oraciones y que está ahí conmigo, yo lo sé…»; *rezar el rosario*: «Hubo muchísimo apoyo, te cuento que mis compañeras de trabajo todos los días hacían el rosario por mi salud, se reunían virtualmente…»; y realización de *misas*: «me hicieron una misa por la salud…», incluso misas virtuales; *cantos de esperanza y de fuerza*; *rezar novenas*: «…mi esposo nunca en la vida había hecho una novena, encontró la de "La sangre de Cristo" y la hizo».

En suma, las prácticas espirituales tienen que ver con oraciones, estudio de la Biblia, cantos, misas, recordar milagros, ungir enfermos, testamentos espirituales, invitación al perdón, testificar de sanidad, rezar novenas, rezar el rosario, entre otros. Ahora bien, dichas prácticas están asociadas, de manera directa con los roles del guía espiritual y del religioso acompañante, la comunidad religiosa,

y la creencia religiosa; y de manera indirecta con el rol de la institución eclesial, el sentido de vida, comprensión de la divinidad y de la voluntad divina. De esta manera se deduce que las prácticas espirituales no surgen solo por iniciativa propia, sino que son fruto de las influencias de otros, especialmente de aquellos que han tenido la función de guiar espiritualmente a la población. Y esos guías, a su vez, siguen los lineamientos y prácticas establecidas por sus comunidades o instituciones eclesiales, influenciando de manera positiva el sentido de la vida tanto en los enfermos como en sus seres cercanos. Cada uno de estos aspectos son descritos en los apartados correspondientes.

Creencia religiosa

La *religiosidad* hace referencia a «la creencia personal en una realidad trascendente como Dios, en el mundo del espíritu, o en un cierto orden no visible» (ROHRBAUGH Y JESSOR, 1975, citado en FUENTES, 2018, p. 110). Tal concepto abarca también «otros aspectos como: la experiencia afectiva que implica, y la participación en rituales como rezar o acudir a la iglesia o al templo» (GLOCK Y STARCK, 1965, citado en FUENTES, 2018, p. 110). Por lo tanto, la *creencia religiosa* se vincula con las ideas consideradas auténticas y reveladas, o escritas en textos sagrados, por aquellos que practican una religión específica. Esto abarca tanto las creencias como las prácticas, incluyendo rituales o cultos a través de los cuales las personas buscan comunicarse con la deidad. Esta conexión se encuentra estrechamente relacionada con la expresión de la

espiritualidad[7]. En relación con este tema, la población investigada en el presente estudio se identificó mayormente con la confesión cristiana, tanto católica como protestante, lo que refleja adecuadamente el contexto de la cristiandad en América Latina[8].

La fe

La creencia religiosa es definida por los entrevistados a partir de la importancia que tiene la fe para el cuidador o familiar en momentos de afrontar la enfermedad, así lo expresa uno de ellos: «Y pienso que la fe también es algo que sostiene mucho en ese momento, esa convicción de que esto no escapa de las manos de Dios y que estoy aquí por alguna razón o algo debo aprender en todo este proceso y, de hecho, fue así».

La fe ayuda a enfrentar los momentos difíciles: «creo que la fe de repente me ayuda para afrontar este tipo de situaciones [como el covid]…», «la fe nos ayuda a tener una perspectiva diferente ante los problemas, las enfermedades». Y esa fe se relaciona con la creencia acerca de lo que dice la Biblia: «la misma Biblia lo dice, que en el mundo vamos a tener las aflicciones…». De ahí se desprenden otras creencias como la de la protección de la Trinidad, el poder de la oración: «porque llegué gravísima y no me atendían, pero, por la oración al siguiente día ya empezaron a atenderme a tratarme y vi

[7] Es importante clarificar que la espiritualidad no necesariamente tiene que ver con religiosidad, tal como lo explica BIANCHI (2008). Quien practica la religiosidad se involucra en una doctrina o código de conducta establecidas en las enseñanzas de una religión y practica sus rituales. En contraste, la espiritualidad no siempre se somete a una institucionalidad religiosa, ni a jerarquías religiosas, aunque sí depende del accionar del espíritu de cada persona.

[8] Al respecto véase JUSTO GONZÁLEZ Y ONDINA GONZÁLEZ (2007).

mejoría y la obra de Dios», la escucha de Dios, y la sanación divina: «mi familia y yo atribuimos a que mi mamá está viva porque Dios la sanó, porque, como les estoy explicando, en la clínica no hicieron gran cosa por mi mamá». Aun así, se cree que algunas veces Dios no responde las oraciones como se quiere:

> … Dios me ha hecho tantos milagros en mi vida, pero milagros evidentes, patentes y este es la única vez que Dios no me ha respondido mis oraciones, la única vez, cuando yo con más fe le pedía, yo doblaba rodillas, le pedía con todo mi corazón y no, no lo hizo.

Muerte y voluntad de Dios

También, los entrevistados toman distancia de creencias basadas en el *marketing* y que afirman que «apenas aceptes a Dios no te va a pasar nada en la vida, todo va a estar bien, tú vas a estar super protegido». De la misma manera, algunos expresan la creencia religiosa de ir al cielo después de la muerte como recompensa de las buenas obras: «… pero yo pienso que si me muero… a lo mejor Dios me llevaría al cielo, no porque yo sea bueno…a lo mejor algunos van a reconocerme y decirle a Jesús: "él me atendió"», y en aceptar la muerte del familiar como voluntad de Dios: «…yo evidentemente jamás hubiese querido que mi padre se nos fuera… pero sé al final que esa es la voluntad de Dios que yo tengo que respetar». Dentro de la creencia religiosa también se sostiene que la muerte es ir al encuentro con Dios: «… hablar con el enfermo, decirle que se preparara si Dios lo estaba llamando, pues que se preparara para el encuentro con el Señor…», y que la muerte sucede después de haber cumplido la misión en la vida.

Perdón y reconciliación

En sociedades en conflictos violentos que dejan miles de víctimas, como lo es la latinoamericana, llama la atención que en este estudio se identifican creencias acerca del perdón y la reconciliación con la persona muerta: «También les decía yo que, se reconciliaran con el difunto… díganle que los perdone» y la de que «Dios usa todo para bien… aun si tenía que enfrentar la muerte», pero que la presencia de Dios en la persona es la que le hace ver la vida con esperanza para enfrentar las situaciones difíciles.

Comprensión de la divinidad

La comprensión de la divinidad connota la facultad del ser humano para percibir las cosas y tener una idea clara acerca de la divinidad. En este estudio es definida por la población entrevistada a partir de que las decisiones están «del lado de Dios no del lado de uno. Y nunca hay esa tentación de que, bueno, como yo pienso, como yo decreto, como yo digo, yo ya estoy presionando a Dios para que las cosas sucedan a mi favor»; que los designios de Dios son inmutables; Dios calma los temores; acude a nosotros en momentos de angustia; calma la angustia y la depresión; el que permite salir de la enfermedad; sana y se apiada de los solos y desprotegidos; escucha las peticiones; hace milagros; es "padre" celestial; responde más allá de lo que se le pide; si se tiene fe en él, todo va a salir bien; hay que darle gracias por el tiempo que permitió estar con la persona que falleció; no nos deja solos en los momentos difíciles; nos da una misión para cumplir; da fortaleza en los momentos difíciles; provee todo: «… y yo decía: es Dios, que nos provee de todo, siempre hay luz, siempre hay gas, siempre hay

agua, siempre tenemos los alimentos y no, no estamos enfermos, tenemos lo suficiente que Él nos está proveyendo…».

Comprensión de la voluntad divina

La comprensión de la voluntad divina hace referencia a la comprensión del ser humano o facilidad para percibir la voluntad divina y tener una idea clara de ella. En las apreciaciones de los entrevistados se define a partir de que nada escapa de la voluntad divina: «Y pienso que el desenlace de nosotros fue muy triste, fatal para nosotros, pero sigo en el marco de la comprensión de que, bueno, por alguna razón es que suceden las cosas, nada escapa de las manos de Dios»; los designios son de Dios: «yo creo mucho en los designios de Dios y no creo que eso de pronto le habrá salvado la vida, pero al menos si le habrá ayudado a tener un poquito de tranquilidad»; hay que ser dócil a la voluntad de Dios que es lo mejor para nosotros: «ellos [el grupo de oración], pedían mucho que yo fuera dócil, precisamente a la voluntad de Dios, y que sea fuerte y sobre todo tenga confianza plena en que Dios hará lo mejor para nosotros»; hay que respetar la voluntad de Dios: «pero sé al final que esa es la voluntad de Dios que yo tengo que respetar»; la oración está sujeta a la voluntad de Dios: «Yo creo que cuando uno ora le pide a Dios algo con el corazón, siempre está de por medio su voluntad y su designio».

En el mismo sentido, los designios de Dios, aunque dolorosos, tienen como propósito que la familia se acerque a Él: «hasta el día de hoy, casi tres meses después que iniciamos, todo el mundo se conecta en las noches y lo que me dijeron es que habían encontrado

esa paz, esa tranquilidad en la oración, y yo creo que ahí están los designios de Dios».

Igualmente, los propósitos del Creador están vinculados con el cumplimiento de la tarea que Dios ha asignado a cada individuo; con la idea de que Dios utiliza todas las cosas para un propósito beneficioso y curativo. Por tanto, es necesario depositar confianza en Su voluntad y evitar cuestionarla: «pero si fallece el familiar comienzan los reclamos a Dios: "pero si yo te pedí, nuestras peticiones eran que la sanara pero que se hiciera su voluntad", porque no nos íbamos a quedar con reproches a Dios…»; «cuando la voluntad de Dios es que muera la persona debemos pedir que Él nos dé fortaleza»; «la voluntad de Dios está en todo y así no hay temor de lo que nos suceda»; y está en nosotros para abrir las puertas en todo momento.

Ahora bien, la comprensión de la voluntad divina es parte constitutiva de la comprensión de Dios, es decir, parte de la comprensión de la divinidad es que ella tiene voluntad para actuar libremente. Y esa actuación libre invita al ser humano a encontrar las razones de su actuación a favor o en contra de nuestros propios deseos en todas las circunstancias de la vida. Además, tanto la comprensión de la divinidad como de su voluntad son constitutivos inalienables de la creencia religiosa. En otras palabras, la creencia religiosa tiene que ver con la comprensión de lo trascendente o de la divinidad y su voluntad.

Tanto en la comprensión de la divinidad como de su voluntad, el religioso acompañante, la comunidad religiosa y la institución eclesial juegan un rol importante. Ellas son medios para que las

personas afectadas por el covid-19 tengan la experiencia y la comprensión frente a su experiencia, bien sea como cuidadores o como pacientes, lo cual ya explicamos en el apartado correspondiente sobre *acompañamiento al enfermo*. A pesar de esto, es de reconocer que la institución eclesial es la que sustenta toda esa comprensión acerca de Dios, así como de su voluntad, y quien define los roles tanto de las comunidades como de los religiosos acompañantes de enfermos, en este caso de los enfermos de covid-19. En otras palabras, ellos y ellas son los promotores de la religiosidad y las prácticas espirituales que las personas siguen.

Rol asumido por el enfermo

Resulta notable la función asumida por el paciente dentro de su comunidad religiosa como parte integral de su devoción a Dios. En esta situación, su expresión de fe tomó formas tangibles en relación con otras personas necesitadas y no se limitó a sus propias circunstancias. En otras palabras, se podría afirmar que su espiritualidad y religiosidad fueron más allá de la condición de estar enfermo, tal como lo narra una de las entrevistadas.

> Me sorprendió que a mi esposo en su cama enviaba mensajes para canalizar la ayuda de otros hermanos de [Isla] Margarita, por ejemplo, que era algo que le preocupaba a él. Y a pesar de mi petición, le decía: "Erwin, sánate primero y después te encargas del resto" y él, a pesar de su condición decía: "no mi negra, esa gente necesita de ayuda". Y aunque estaba allí, a través del celular iba canalizando todo para que les llegara la ayuda a los hermanos de allá de Margarita, de Nueva Esparta…Erwin siempre tuvo la particularidad de que el

evangelio y el trabajo de Dios había que mantenerlo a pesar de las circunstancias, independientemente de cómo todo era, había que mantener y darle prioridad…

De la misma manera, aunque el enfermo se sentía acompañado por su comunidad de fe también brindaba acompañamiento a ellos y los aconsejaba, tal como lo expresa otra persona en nuestro estudio: «… fue como como algo que puedo rescatar, aún más fuertemente, la compañía que yo podía darles a ellos también, tanto por la prevención como para animarle, creo que estas cosas nos ayudan mucho, la fe en Dios, el acompañamiento»; «tenía un grupo de discipulado en la Iglesia por Zoom, yo no paré de hacer mi trabajo»; «… una hermana [de la iglesia] me dijo que ella desde que se levantaba estaba con miedo… era como un cuadro de depresión… mi mensaje… no dejarse ganar por el miedo y tenía que aprender a controlarlo…».

Rol del guía espiritual

Finalmente, a este aspecto de la religiosidad se encuentra ligado el rol del guía espiritual, quien es aquella persona que tiene unas funciones con respecto al enfermo del covid-19. Es de aclarar que esta guía espiritual puede ser alguien diferente al religioso profesional que hace el acompañamiento -que ya ha sido descrito en el apartado sobre acompañamiento-, pero que, al igual que el religioso, tiene injerencia en la vida de los miembros de la comunidad religiosa. Así se expresa una de las entrevistadas: «… tenía un grupo de discipulado en la Iglesia por Zoom, yo no paré de hacer mi trabajo…»; «… yo me tomé muy de cerca una hermana… y pensé que… podía como que tener un poquito de descontrol por

la pérdida de su papá, … entonces le estoy dando bastante acompañamiento cercano a ella…».

Sentido de la vida

El *sentido de la vida* es entendido como «el sistema de objetivos que justifican a plenitud la existencia de un individuo, analizada en su totalidad, ante sus propios ojos» (VALDÉS GARCÍA, *et al*. ,2000, p. 32). En este proyecto la categoría se define a partir de afirmaciones de los entrevistados que la identifican con *el cumplimiento de su misión en el mundo*: «yo decía que, si yo me moría, pues que me iba a morir satisfecho de haber hecho mi trabajo»; *de encontrar esperanza para su vida*: «Porque hay gente que se siente desprotegida de cualquier religión o sin religión, y ¿cómo darles esta esperanza?»; *de descubrir el propósito de lo que sabemos*: «… la información no le divulgamos, pero luego cuando ya sentí que lo podía hacer era como que tenía un propósito para poder compartirlo»; *de esperanza a través de la Escritura*; *de conservar el optimismo*: «… para no perder eso único que le quedaba, ese único pensamiento positivo de volver a la casa, porque si a ella le decían lo mala que estaba esa ilusión de volver a la casa se iba a perder»; de *estar con sus hijos*: «esa esperanza, esa ilusión de volver a estar con sus hijos».

El sentido de la vida también es identificado por los entrevistados a partir del *principio de incertidumbre en relación con los planes establecidos*:

> … el principio de incertidumbre es básico en la vida conocerlo, saberlo, que es real… ese principio de la incertidumbre me había pegado a mi varias veces en mi vida… y ahora me volvió a dar,

porque teníamos con Juanito planes para viajar para este año, es decir pensamos que íbamos a seguir juntos y de repente todo se terminó todo se esfumó…

Igualmente, el sentido de la vida se define como la *convicción de vivir*: «En ese momento uno piensa en tantas cosas, aunque yo nunca pensé en la muerte, nunca se me pasó que yo me iba a morir, yo sabía que tenía infección y que con el tratamiento iba a quedar bien»; de *dedicarse tiempo a sí mismo*: «Mi esposo me dijo: "usted tiene que empezar a tener sus horarios", …"el trabajo sí es importante, pero también es importante que uno se dedique un poco de tiempo, que empiece hacer los espacios para sí mismo"»; de *pensar más en uno mismo*: «… uno tiene que pensar más en uno, empezarse a cuidar, dedicarse más tiempo, más tiempo de compartir con los demás, de hacer otras actividades… de recrearse, salir y hacer actividades diferentes para también estar mejor psicológicamente».

Así mismo, también hay afirmaciones respecto al sentido de la vida como la de *ser consciente de su realidad*: «…he estado en contacto directo con el que soy, y en el mundo que soy, y en el siglo al cual pertenezco inevitablemente. Entonces eso me ha dado como una excelente claridad de quien soy…»; de *sentirse preparado para morir con alegría*: «…yo me siento muy preparado… Yo creo que me muero echando chistes y no sé en qué momento voy haciendo reír a la gente, pero yo no me siento de ninguna manera triste…Me siento muy contento…»; de *tener lo esencial en su vida* tanto en sus relaciones como de sus recuerdos: «… pero yo solamente voy a tener lo esencial, y así en mi vida he hecho esa limpieza, solamente

pienso y me dedico a lo que tengo que hacer y lo demás ya lo he olvidado».

Finalmente, el sentido de la vida está asociado con los aspectos de *creencia religiosa*, *comprensión de la divinidad* y *comprensión de la voluntad divina*, y es originado o influenciado por el *rol del guía espiritual*. Es decir, según los entrevistados, el significado de la vida no se separa de la vivencia religiosa, sino que se fundamenta en estos cuatro fundamentos de la práctica espiritual.

Los resultados de este estudio muestran que el sentido de la vida está relacionado con: la creencia de cumplir una misión en el mundo; encontrar esperanza para la vida; descubrir el propósito de lo que conocemos; encontrar esperanza a través de la Escritura; conservar el optimismo; estar con los hijos; aceptar el principio de incertidumbre en relación con los planes establecidos; la convicción de vivir; dedicarse tiempo a sí mismo; pensar más en uno mismo; ser consciente de la realidad que lo rodea; sentirse preparado para morir con alegría y tener lo esencial en la vida.

En suma, el ejercicio de la espiritualidad está estrechamente relacionado no sólo con las prácticas espirituales en sí, sino con el sentido de la vida y unas creencias que están sustentadas en una religiosidad que ha sido transmitida por las instituciones eclesiales a través de sus líderes religiosos. No obstante, las vivencias de los entrevistados al respecto fueron positivas dada la utilidad en medio del dolor y la angustia. En el siguiente capítulo se describirán las vivencias de la población objeto del estudio en relación con las estrategias de afrontamiento.

6

Estrategias de afrontamiento

En los capítulos anteriores se describieron las vivencias de las personas de América Latina en relación con el covid-19 en los aspectos de conocimiento de la enfermedad, acompañamiento en la misma y el duelo, y ejercicio de la espiritualidad. En este último se describieron las vivencias relacionadas con las prácticas espirituales, el sentido de la vida y las creencias religiosas, las cuales resultaron ser de utilidad para los entrevistados. Ahora se abordarán las estrategias de afrontamiento.

Las *Estrategias de afrontamiento* se refieren a las habilidades psicológicas de una persona activa para afrontar situaciones estresantes. Aunque su implementación no asegura siempre el éxito, estas habilidades ayudan a generar, prevenir o reducir conflictos en los individuos, brindándoles beneficios personales y contribuyendo a su fortalecimiento (AMARÍS *et al.*, 2013, p. 125). En el presente estudio se refiere a las maneras en que los entrevistados y las entrevistadas han utilizado sus recursos para hacerle frente al estrés generado por el padecimiento propio, o de algún familiar cercano, de la enfermedad del covid-19.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, con este aspecto se vinculan cinco elementos: estrategias de afrontamiento, revisión de su historia de vida, medios para la comunicación, cuidado de sí mismo y red de recursos.

Estrategias de afrontamiento

Aunque este punto es central en relación con los demás, se pueden resaltar algunas estrategias no utilizadas en los otros aspectos. Por ejemplo, *sacar fuerzas a través de colocarse en el servicio de los demás*, tal como lo da a entender uno de los entrevistados: «También ha sido una oportunidad para servir a otros también. A pesar de la circunstancia». Por otra parte, se puede ver cómo las creencias personales *sirven de apoyo para sacar fortalezas y seguir adelante*, tal como lo expresa otra persona: «Otra cosa, mantener la idea de que es solamente un trecho, esto es solamente un momento. Y tratar de enfocarse en estar bien y salir de ahí». Es decir, la creencia de estar atravesando solamente un instante de la vida, un momento que llegará a su fin, da fuerzas para seguir adelante en medio de la enfermedad. Esto se relaciona con *una actitud positiva* y por ende con intentar mantener un pensamiento positivo, a pesar de las circunstancias adversas, según otro entrevistado: «Pensaba yo que manteniendo positiva esa mente, eso iba a ayudar a que no me enfermara con facilidad».

En ese sentido algunas creencias espirituales pueden ayudar, asociadas con el *mantenimiento de la fe y la esperanza*: «como manera de enfrentar esa fe que tenemos en Dios, esa esperanza que nos da la vida eterna», expresaba alguien más. Estas creencias espirituales pueden ser de mayor apoyo cuando se combina con la unión

familiar: «lo mismo que nosotros hicimos, unirnos como familia y aferrarnos mucho al Dios de la vida; no hay manera de superar algo donde la fuerza humana ya no tiene mucho que hacer», asevera otra persona. Y en algunas ocasiones *la expresión escrita* puede ser de ayuda para enfrentar momentos de crisis y ansiedad, tal como lo expresa uno de los entrevistados: «Bueno, pues, este, personalmente yo escribí un artículo, tengo un blog».

De acuerdo con las vivencias, otra estrategia recomendada para enfrentar procesos de crisis y duelo es *buscar el perdón*:

> Entonces, hoy que te pidan perdón, también les decía yo que se reconciliaran con el difunto. Les decía si no pudieron decirle algo en el hospital, en su enfermedad, ahorita hablen en su corazón, pídanle perdón, este, díganle que los perdone y reconciliarse como familia.

También, *utilizar grupos para expresar lo que está sucediendo y compartir vivencias* puede ser de ayuda para sacar fuerzas y enfrentar la situación. Así lo expresa uno de los entrevistados: «…hay mucha gente que tiene mucho miedo, tienen pánico, inclusive hay hermanos que están pasando por depresión, creo que los testimonios, este, va a ser algo que va a alentar a los hermanos». Además, *la racionalización* o el hecho de armar un diálogo racional apoyado en aprendizajes de vida para dar soporte ante la crisis:

> … pero es como que cuando ya la tengo entonces como dice un dicho, este, a lo hecho pecho, o al toro por los cuernos. Entonces, okey, ya lo tengo, aquí tengo que hacerle frente, no tengo otra

escapatoria, ya cuando sucedió, entonces mi actitud fue de tomarlo calma.

Revisión de su historia de vida

La *revisión de su historia de vida* alude a la reflexión que lleva a cabo alguien que ha experimentado el covid-19 acerca de cómo ha sido su vida. Este aspecto ilustra de qué maneras, en presencia de situaciones estresantes, la persona puede evocar momentos de su vida para comparar sus pensamientos y acciones actuales. Por ejemplo, en *relación con sus padres*, tal como lo expresa una de las entrevistadas:

> Pero yo siempre le digo a mi padre, a mi padre celestial, que él es mi único padre, porque mi papá, cuando yo tuve un año, mi mamá lo dejó porque era un mujeriego, como cosa rara entre los latinos. Entonces no conocí papá, pero tuve una tía que ejerció ese papel, papá y mamá. Ese dolor grande que he tenido solo comparable con, ahora, el de Juanito, ahorita, a los 12 años lo sufrí.

O en relación con su esposo o compañero de vida, como lo afirma otra entrevistada:

> Mi hija grande de nuevo apoyándome, ahí conmigo cuando él se fue, cuando se llevó sus cosas y todo, fue un momento doloroso, no era doloroso el hecho de que él se fuera porque ya yo no lo amaba, ya había dejado de amarlo ya hace muchos años porque me di cuenta del tipo de hombre que era.

Medios para la comunicación

Con los *medios para la comunicación* se indican los «instrumentos, canales o formas de transmisión de la información de que se valen los seres humanos para realizar el proceso comunicativo… abarcan desde la escritura hasta las tecnologías de la información y comunicación de la actualidad» (DELGADO, 2019).

Los diferentes tipos de comunicación son hablados, escritos, táctiles y gestuales. El escrito es la forma de comunicación más común debido al avance de la tecnología a lo largo de los años. En este sentido para la presente investigación se hace alusión a las maneras en las que los entrevistados utilizan las tecnologías actuales para mantener contacto con sus familias, empleados, congregaciones y amigos en el momento del padecimiento de la enfermedad tratada.

En el contexto de la pandemia en diversos países latinoamericanos, se evidencia que los medios de comunicación desempeñaron un papel fundamental al facilitar que los pacientes se mantuvieran en contacto con sus familias, permitiéndoles así recibir el respaldo emocional necesario para seguir adelante. Algunas de las entrevistas mencionan específicamente la comunicación a través del uso de *teléfonos celulares*: «Yo estoy aterrada de cuánta gente me llamó. La que tenía mucho rato que ni sabía de ellos, se enteraron y me llamaron; todo el mundo me llamaba, me enviaban mensajes; fue un apoyo increíble». Asimismo, a través de *video llamadas usando WhatsApp o plataformas virtuales* como *Zoom*: «Cuando estaba intubada generalmente están distanciados, pero una vez le empiezan a quitar la sedación pueden

tener una video llamada». Los medios permitían hacer teleconferencias e incluso apoyar a los pacientes en su fe haciendo «misas virtuales», pidiendo por su salud. Esto muestra cómo los medios ayudaron a la unión familiar y social, lo que servía como apoyo para enfrentar los momentos difíciles durante el padecimiento de la enfermedad.

Cuidado de sí mismo (autocuidado)

El aspecto *cuidado de sí mismo* remite al *autocuidado*, definido como el acto de cuidar el propio bienestar mental, emocional y físico. El cuidado personal es importante porque puede conducir a una mejor salud y una vida más integral y agradable para la persona. También ayuda a las personas a controlar sus niveles de estrés (CANCIO-BELLO *et al*., 2020). En el contexto de la presente investigación, se vincula este autocuidado con acciones preventivas destinadas a evitar la propagación del covid-19. En situaciones específicas, cuando la persona ya está infectada, estas medidas buscan mitigar los síntomas.

El cuidado de sí mismo se define a partir del *autocuidado post enfermedad* como en el caso de uno de los entrevistados al mencionar que «Entonces mi hermano tiene una casa en Cuernavaca a las afueras de la Ciudad de México y me dijo vámonos unos tres o cuatro días para descansar». Además, experimentar situaciones de estrés debido a la enfermedad, ya sea de manera directa o indirecta, puede llevar a la persona a prestar una mayor atención a su propio autocuidado, según lo narrado por uno de los entrevistados:

Pero definitivamente uno tiene que pensar más en uno, empezarse a cuidar, dedicarse más tiempo, más tiempo de compartir con los demás, de hacer otras actividades que no sean solo de responsabilidad, sino que también de recrearse, salir y hacer actividades diferentes para que, también estar mejor psicológicamente.

Red de recursos

La *red de recursos* hace mención de la interrelación de diferentes instituciones estatales y no estatales, así como aspectos que son apoyo en un momento dado a las personas que padecen la enfermedad y sus familiares en medio de la pandemia. Según las experiencias de la población analizada, la red de recursos engloba los elementos que forman una red de apoyo para enfrentar el covid-19 y todas las repercusiones que este conlleva en diversos aspectos de la vida.

Dicha red incluye elementos tales como: *apoyo psicológico*, que se corresponde con el soporte que recibe el enfermo o la familia del enfermo con el fin de afrontar los desafíos de la enfermedad o el duelo; *apoyo económico*; *falta de apoyo laboral*, que se refiere a la ausencia de manifestaciones de apoyo al enfermo por covid de parte de la institución con la que se relaciona laboralmente; *apoyo de género*, que concierne a la percepción del enfermo sobre el apoyo recibido, de acuerdo a la identidad de género, de las personas con las que se relacionó durante el tiempo que estuvo enfermo; *apoyo familiar al enfermo*, que hace mención de la unión, comunicación, confianza, convivencia y soporte que existe entre los miembros de la familia, incluyendo a los padres, los hermanos, la pareja y los

hijos; *apoyo familiar al cuidador*, o sea la forma en que el acompañante del enfermo recibe la ayuda de la familia nuclear y/o extendida. Estos aspectos proveen las bases y generan roles adoptados por diferentes entidades y estamentos estatales y no estatales relacionados con los afectados por el covid-19. Así, en la *red de recursos* se develan seis elementos principales: rol del Estado, sistema de salud, apoyo laboral, apoyo de la comunidad religiosa, apoyo social y rol de la academia. Tales categorías se definen en los apartados siguientes.

Rol del Estado

El rol del Estado hace alusión a las funciones que asume el Estado con las personas enfermas por covid-19. Este aspecto se define a partir de las *disposiciones del Estado para prevenir la propagación de la enfermedad*, tal como lo manifiesta uno de los entrevistados:

> … por ejemplo, el gobierno decía que no había que salir, quédese en su casa, pero ahí donde trabajo, pues la gente vive de lo que vende en el mercado. Este, del taxista. Entonces tienen que salir, tienen que salir y ya.

De la misma manera, a partir de las *estadísticas sobre los enfermos y fallecidos por causa del covid*:

> El presidente López Obrador no ha estado a la altura, ha escondido cifras. Oficialmente en México hemos de tener como 75.000 muertos, pero yo pienso que son como tres veces más. No siempre las cifras son correctas. Hay muchísimos más. Yo lo

pude constatar. Cantidad de personas fallecidas que no aparecen en las listas oficiales.

Sin embargo, se nota que en las respuestas del entrevistado, sobre la función desempeñada por el Estado, se plantean dudas acerca de la credibilidad de las medidas y cifras proporcionadas por la entidad gubernamental.

Sistema de salud

El sistema de salud se refiere al

> conjunto de infraestructuras sanitarias que, siguiendo una determinada política, tiene como objetivo contribuir a mejorar la salud de la población. El sistema de salud, también llamado sistema sanitario, está constituido por diferentes instituciones, organismos y servicios que, a través de acciones planificadas y organizadas, llevan a cabo una variedad de programas de salud. En otras palabras, los sistemas de salud, son modelos del funcionamiento de la atención de la salud, estructuras organizativas que reflejan la política sanitaria de cada país (ABRISKETA, s.f., párr. 1).

De acuerdo con las vivencias compartidas por las personas entrevistadas, el sistema de salud se caracteriza por factores tales como: la utilización de centros hospitalarios por parte de los enfermos de covid-19; la solicitud de un acompañante por parte del hospital para el paciente; las limitaciones en el mantenimiento hospitalario debido a la pandemia; la desconfianza en las garantías del hospital para el tratamiento efectivo del paciente; el pesar de no haber vuelto a ver al familiar desde que ingresó al hospital; la

saturación de enfermos en las instalaciones hospitalarias; la falta de acceso a servicios médicos para las personas de bajos recursos; la demora en la entrega de resultados del diagnóstico de covid-19; la discriminación en la atención hospitalaria, especialmente para los pacientes de covid-19; la deficiencia en los servicios de salud públicos; la realización de pruebas en los hogares de los enfermos; y la protección especial del personal de salud.

De la misma manera, algunas entrevistas indicaron que el seguro social brindaba una atención rápida a los pacientes con covid-19; otras revelaron experiencias de atención deficiente en el hospital; algunas más señalaron que la estancia en el hospital generó sentimientos de desesperación y depresión; otras expresaron que recibieron una mejor atención en otro hospital en comparación con el primero; algunas personas optaron por utilizar servicios privados de pruebas para covid-19. Asimismo, se mencionó que buscaron servicios médicos privados, desconfiaron de los hospitales debido a la desaparición de cuerpos de algunos fallecidos, y mostraron preferencia por la atención médica en el hogar. Además, se destacó la existencia de áreas hospitalarias exclusivas para pacientes con covid-19, se señaló falta de prudencia por parte del personal hospitalario en el trato con los pacientes, y se resaltó la importancia del suministro de oxígeno para el cuidado de los enfermos.

En suma, la percepción de parte de los entrevistados acerca del sistema de salud tiene varias perspectivas según haya sido la experiencia de cada uno(a). La mayoría de las percepciones muestran que el sistema de salud no era bueno, y unas pocas lo

valoran positivamente. Además, la evaluación que se hace de la administración de los hospitales y su personal de mantenimiento y de salud no es halagadora, no sólo por la falta de garantías para los enfermos y sus familiares sino por la falta de profesionalismo en la reserva que debían tener frente a los protocolos a seguir con los cuerpos de los fallecidos.

Ahora bien, si nos damos cuenta, el *apoyo psicológico* es parte del sistema de salud y hace referencia al soporte que recibe el enfermo o la familia de este con el fin de afrontar los desafíos de la enfermedad o del duelo. Según las vivencias de las personas, este aspecto se concretó con la búsqueda de ayuda en personas especializadas en duelo, el uso de literatura y la fortaleza psicológica, que contribuye a no derrumbarse emocionalmente.

Apoyo laboral

El apoyo laboral connota la forma como un enfermo de covid percibe ayuda de parte de la organización o entidad con la que trabaja durante su tiempo de enfermedad. Tal categoría se define a partir del reemplazo de labores con los compañeros de trabajo. Al respecto así lo expresa una de las mujeres entrevistadas:

> En el caso de mi esposo sí tuvo bastante apoyo porque él trabajaba en recursos humanos, él era profesional de recursos humanos entonces sí había personas que le podían salir al rescate y hacer parte del trabajo, porque no se pueden parar las nóminas, no se pueden parar los pagos, ningunas de esas, todo eso tiene que seguir, entonces sus amigos, sus compañeros, ahí pues, le hicieron la "upa".

De acuerdo con los testimonios de los entrevistados, el apoyo laboral también se dio con oraciones por la salud del enfermo de parte de los compañeros de trabajo; por medio de los empleadores que permitieron el trabajo en la casa: «Por mi lado, enseguida me dieron todas las facilidades, me dijeron que no había ningún problema, me mandaron a descanso los 15 días, a pesar de que estaba trabajando de manera remota»; por el descanso que otorgaron a los empleados: «me mandaron a descansar los 15 días»; por la asistencia médica que proveyeron «…y como yo trabajo para un ministerio dentro de este... del gobierno, me trataban de buscarme e incluso brindarme asistencia médica…».

Aunque se observan acciones positivas en el apoyo laboral algunas personas también identifican la ausencia de éste en medio de la enfermedad: «En el caso mío yo solo ponía tareas, no daba clases virtuales, solo ponía las tareas, pero después, ya cuando estaba buena, se me había acumulado un montón de trabajo porque el covid te da mucho desgano, no se está bien para trabajar».

Apoyo económico

Tanto el sistema de salud como el apoyo laboral están asociados con el apoyo económico. Este aspecto se evidencia en las entrevistas en: el apoyo económico brindado a otras personas; no escatimar en gastos por la salud de los padres: «gastamos hasta de donde no había yo retiré mis cesantías y por ahí pasó la cuenta de los gastos de mis papás»; el dinero como expresión de solidaridad a quien perdió un ser querido; como expresión de solidaridad de los acreedores: «… pasé cinco meses sin pagar arriendo,… Dios habló con el hombre [dueño del apartamento]… y dijo: bueno le vamos a

dar esos cinco meses, son cinco millones de pesos… y después me los paga y no se me siga colgando»; la importancia del dinero para enfrentar la enfermedad con tranquilidad: «Nosotros sí tuvimos el tema económico para poder solventar todo eso y por este lado tal vez teníamos un poco de tranquilidad de saber que ella tenía todo el acceso a la medicina, al personal médico, al oxígeno que estaba escaso».

Apoyo de la comunidad religiosa

El apoyo de la comunidad religiosa es la forma como un enfermo por covid recibe ayuda de la comunidad religiosa a la que pertenece. De acuerdo con los testimonios de las personas entrevistadas, éste se manifiesta en prácticas espirituales comunitarias en favor del enfermo y del acompañante o familiar: «mi papá cuando él ya ingresó a cuidados intensivos, entonces yo sentía que ellos prácticamente a través de la oración estaban entregando mi vida y la de mi familia a Dios»; en la paz que transmitía: «…cuando yo sentía la desesperación, sentía el apoyo de toda la comunidad, en el sentido no de mencionarme que mi padre iba a estar bien, sino de que nos transmitieran mucha paz, mucha tranquilidad, que es lo que necesitamos…»; en mensajes de acciones de gracias por la salud: «… pero ahora se ha salido, me gustó de esta manera porque los hermanos empezaron entonces a mandar mensajes de dar gracias a Dios y también de seguir orando por mí para mi salud completa»; en versículos bíblicos de apoyo: «Lo mismo, orar, leer la biblia, mi libro de lectura diaria, un grupo de amigas que me mandan versículos, que me apoyan»; en mercados: «Yo voy a la iglesia Menonita. Gracias a Dios mis hermanitos me

tendieron la mano, pero ellos me mandaron mercadito pequeño. Pedro [el pastor] dirá "¡cómo que un mercadito pequeño! yo le mandaba un mercado grande"». En síntesis, la comunidad religiosa proveyó, a los entrevistados que se sentían vinculados a ella, apoyo tanto material como espiritual y psicológico. Este último está estrechamente relacionado con la comunidad, reseñado bajo el apartado sistema de salud.

Apoyo social

El apoyo social es «la forma en que un miembro percibe su entorno social organizado, para recibir esta ayuda en situaciones de crisis» (MEDELLÍN FONTES *et. al*., 2012, p. 149). En este estudio este aspecto se define en las vivencias desde el apoyo médico, vía telefónica, gratuito; en la falta de acompañamiento a la gente desde el ámbito universitario; en el apoyo de familiares, amistades, compañeros de trabajo y gente que hacía tiempo no se veía, apoyo que se dio mediante celebraciones litúrgicas, llamadas, mensajes, poemas, dinero, palabras de aliento; en la solidaridad con los más necesitados de oxígeno:

> Un joven decía [él]: "déjame pasar porque yo vengo de lejos y necesito el oxígeno". Y todos decíamos: "sí, mi familiar tiene oxígeno, mi familia tiene un balón [de oxígeno], ya pasa, pasa". Entonces le daban acceso a la cola porque estaba tan complicado, no había oxígeno por ningún lado.

El apoyo social también se daba en la disposición de amigos a ayudar: «… siempre están los amigos que te escriben y que te dicen "oye, ¿en qué te puedo ayudar?... No, no hay oxígeno, pero hay que

ver". Pero tú sientes que están ahí, … hay gente ahí que te va a apoyar»; en el apoyo de personas que no se conocen: «No, al final no supimos quién era la persona que pasó el dato, porque son tantas personas que escriben»; en dar a conocer los contactos que ayudaron en medio de la enfermedad. En fin, el apoyo social involucra personas con diferentes grados de relación con los afectados por el covid y se expresa desde actitudes de disposición para ayudar hasta hechos concretos de apoyo.

No obstante, hay tres aspectos que hacen parte del apoyo social en la enfermedad del covid: apoyo por género, apoyo familiar al enfermo y apoyo familiar al acompañante. El segundo aspecto ya fue explicado bajo el apartado acompañamiento al enfermo. En las mujeres entrevistadas el apoyo por género se evidencia en el apoyo de mujeres a otras mujeres durante la enfermedad por medio de chats: «compartí con cuatro hermanas [en la fe] con quién tengo un chat que es un chat de las mujeres teólogas»; por medio de la virtualidad: «…el grupo en el que participo de las mujeres teólogas, también tenemos eso de que nos hemos estado acompañando mucho virtualmente en este proceso…». Además, las mujeres expresan que a través de esos medios dan seguimiento a las situaciones difíciles y apoyo económico hasta haber salido de la situación difícil.

Por otra parte, el apoyo de los hombres a las mujeres no se dio con la misma frecuencia e intensidad que entre ellas. Así lo manifiesta una de ellas:

> [El apoyo de los hombres es] Totalmente diametral. De hombres, puedo decir únicamente mi pastor, todo lo demás eran mujeres.

> Incluso mi hermano, mi hermano vino a verme hace ocho días, a darme el pésame. Es decir, ahí no hubo ningún apoyo. La gente no le pone poco al dolor ajeno, creo yo, todas las mujeres lo entendemos más.

Y otra manifestó: «Creo que sí hubo una diferencia muy notable entre el sexo femenino y el masculino con relación a esa parte espiritual». Sin embargo, los hombres, aunque expresan menos el apoyo, sí lo hacen de formas menos visibles, tal como lo manifiesta una de las mujeres:

> los hombres no mandan un mensaje, así como tal, aunque mi hermano es una persona muy creyente no me decía nada, simplemente me llamaba y me preguntaba cómo estaba. Luego, mucho tiempo después de que salí, me dijo que estaba haciendo mucha oración y que hizo una promesa de leer no sé cuántas veces lo salmos, algo así, para mi sanación. ¡Yo nunca me imaginé eso! Lo que pasa es que los hombres lo dicen menos, pero, por ejemplo, mi esposo nunca en la vida había hecho una novena, encontró la de la "sangre de cristo" y la hizo, además llamaba a una amiga que también había estado enferma de covid y le contaba la situación, era como su paño de lágrimas, porque la familia, como no supo que él estaba enfermo, no lo llamaron, casi él no recibió el apoyo que yo recibí.

En cuanto al apoyo familiar al acompañante/cuidador, se establece a partir de charlas con especialistas sobre el duelo, tal como lo expresan algunas de las personas: «…una prima mía trabaja en… uno de los cementerios de Los Ángeles y… tuvo la gentileza de ayudarnos con una charla de una persona que trabaja en los

Estados Unidos sobre el duelo…»; grupos de oración en familia; de la confianza de la familia: «un tema muy importante es el que exista la confianza suficiente para que la familia se convierta en un apoyo…»; del aliento de los(as) hijos(as): «Mis hijas me trataban de alentar, tengo un par de hijas maravillosas que me alientan, me venían a ver»; de los arreglos de funerales por parte de otros familiares: «Mis yernos han sido de apoyo, han sido muy buenos, de hecho, cuando fue el momento del sepelio, mi yerno, el esposo de mi hija pequeña, fue el que arregló todos los asuntos… »; de los tiempos de distensión: «Lo que pasa es que nosotros somos una familia numerosa y siempre, digamos que, bromeamos hasta con nuestro apellido. Nosotros somos "fiestas", somos de "jarana", como dicen acá…»; de aceptar la vulnerabilidad: «Yo creo que el término vulnerable implica también tener apoyo y esta vulnerabilidad la superas con apoyo, ya sea de familia o de amigos».

Rol de la academia

El rol de la academia se refiere a las funciones que asumen las instituciones académicas en relación con el covid-19. En este estudio se define a partir de la suspensión de clases y capacitación a los docentes: «…ahí pues fueron muy, muy rápidos en suspender las clases. Todo es virtual. Y todo esto. Y se han hecho sesiones, nos dan capacitación». Sin embargo, este rol de la academia es criticado porque no trasciende en un acompañamiento a la gente: «…yo pienso que hace falta acompañar a la gente, lo que ustedes están haciendo. Pues me parece muy bueno. Y ahora ¿cómo hacer para difundirlo? ¿No?»; y la falta de capacitación para enfrentar la

pandemia: «… iniciativas de formación, no, en las universidades no se nos capacita más…».

En conclusión, las vivencias de las personas entrevistadas mostraron que las estrategias usadas para afrontar el covid-19 se relacionan con la revisión de la historia de vida de la persona, los medios para la comunicación, el cuidado de sí mismo y la red de recursos, así como otros aspectos menos mencionados, pero no menos importantes. Todos los aspectos fueron bien valorados por las personas. No obstante, el sistema de salud fue duramente cuestionado, no sólo por el servicio médico como tal sino por la administración, el personal de mantenimiento y los protocolos seguidos con los cuerpos de los fallecidos.

Conclusiones: La teoría sustantiva emergente

Este estudio consistió en describir y analizar de manera profunda y completa las vivencias desde contextos latinoamericanos que han tenido las personas en relación con el manejo del covid-19, lo cual se constituye en la base para crear las *herramientas para el cuidado psico-espiritual a partir de la vivencia de personas durante el proceso de la enfermedad por el covid-19 así como de familias en su trabajo duelo*. El diseño de esta investigación consideró un enfoque cualitativo desde la Teoría Fundamentada de GLASER Y STRAUSS (1999). Las unidades de análisis fueron las entrevistas abiertas y semiestructuradas vía Zoom a diez personas, de diferentes edades, de sexo masculino y femenino, que habían experimentado el covid-19. Para el análisis de las entrevistas se utilizó el *software Atlas.ti.*, lo cual permitió una codificación selectiva para la reconstrucción teórica de las relaciones encontradas entre las categorías identificadas (CORBIN Y STRAUSS, 2002, p. 160-161).

El manejo de la enfermedad causada por el covid-19 a partir de las vivencias de personas de América Latina es la *teoría sustantiva emergente* del discurso a partir de las siguientes categorías:

conocimiento de la enfermedad, acompañamiento al enfermo, ejercicio de la espiritualidad y estrategias de afrontamiento. Dichas categorías emergentes, que en este escrito se han identificado como aspectos emergentes, serán la base para construir, más adelante, las herramientas para el cuidado psico-espiritual de personas enfermas de covid-19 y sus familiares.

Los resultados mostraron que todas las categorías principales se relacionan con la teoría emergente. Además, todos los datos se refieren a las vivencias de las personas en relación con el covid-19, es decir en todos los casos hay indicadores que apuntan a tal concepto. De la misma manera, las relaciones entre las categorías son lógicas y consistentes y los datos proporcionados no están sesgados; a pesar del refinamiento de las categorías, la categoría central no solo se mantuvo, sino que creció en su explicación lo cual producía sentido. Esta es una buena base para desarrollar una teoría formal y, por lo tanto, más general, acerca de las herramientas para el cuidado psico-espiritual de personas enfermas no solo por causa del covid-19 sino por cualquier otra situación de salud que afecte significativamente a cualquier población.

Las conclusiones aquí expuestas son resultado del proceso de identificación, por un lado, de las categorías que emergieron; por otro lado, de las subcategorías, es decir los códigos que se relacionan con las categorías emergentes; por otra parte, de las propiedades de esas categorías, es decir los contenidos identificados en las vivencias de los participantes de la investigación; y, finalmente de las hipótesis que surgieron. La integración de los anteriores elementos se aprecia en el Apéndice 5.

Conocimiento de la enfermedad del covid-19

Esta categoría está asociada con los *síntomas de la enfermedad*, que se dan tanto en el área física como emocional y psíquica del enfermo. De la misma manera con *la información acerca del covid-19*, de la que se puede deducir, en primer lugar, que no suplió las expectativas y las necesidades de las personas en medio de la pandemia; en segundo lugar, que está relacionada con el estrato socioeconómico al que pertenecían los afectados por la enfermedad; y, en tercer lugar, que la sobrevivencia se corresponde con el estrato económico.

También se asocia con las *creencias acerca de la enfermedad*, de la que se deduce que las personas que padecieron de covid-19 tenían creencias muy limitadas acerca de la enfermedad y su manejo. Igualmente, con las *creencias del cuidador sobre las experiencias de la vida*, de lo que se concluye, por un lado, que las experiencias de la vida antes del covid-19 ayudan a entender las nuevas experiencias con la enfermedad y, por otro lado, que las mismas experiencias de la vida, previas al covid-19, le ayudan al cuidador a comprender las razones por las que algunas veces las personas con la enfermedad no lo expresaban abiertamente. Asimismo, con los *impactos del covid-19,* de lo que se puede inferir, en primer lugar, que el impacto emocional de las personas relacionadas con el enfermo o fallecido por covid-19 depende del vínculo afectivo que hubo entre ellos, así como con sus familiares; en segundo lugar, que el covid-19 fortalece los vínculos afectivos entre los familiares del paciente, así como de este con ellos.

De la misma forma, está asociada con las *repercusiones en la salud del cuidador*. De este último se concluye que el covid-19 afecta la *salud mental* (emocional, psicológica y social) y genera *crisis de fe* del cuidador de pacientes con dicha enfermedad. Sin embargo, se puede inferir que los impactos en la salud mental y la fe del cuidador, por causa del covid-19, están condicionados en cierta medida por la capacitación y experiencia que posea en el uso de habilidades y herramientas apropiadas para el cuidado de los enfermos.

También se asocia con los *efectos postcovid*. Tales efectos fueron positivos, tanto en los rasgos de la personalidad como en las relaciones sociales. De esta manera se puede concluir que los cambios experimentados sobre la personalidad, tanto de los enfermos como de sus amigos o parientes cercanos, tienen una valoración positiva. En el mismo sentido se puede conceptuar acerca de las relaciones sociales y afectivas; el covid-19 facilitó la creación de puentes para las relaciones entre personas no sólo cercanas, familiares o conocidas, sino también con aquellas desconocidas. Es de anotar que en el establecimiento de las relaciones las redes sociales jugaron un papel importante en medio de las dinámicas ocasionadas por el covid-19. Y aunque el covid-19 deja secuelas físicas en quienes padecieron la enfermedad, igualmente ha despertado interés en las personas por el *cuidado de sí mismos*, esto es, tomar acciones y medidas con el fin de proteger la salud física, mental y espiritual después de la enfermedad.

Además, se asocia con la *responsabilidad social*, que tiene que ver con acciones individuales, institucionales y colectivas, dentro de

ellas la *responsabilidad institucional.* De esta última se deduce que no seguir los protocolos de bioseguridad en el trabajo facilita el contagio, por lo tanto, la institución se hace responsable, directa o indirectamente, de la transmisión de la enfermedad entre sus trabajadores. De la misma manera se asocia con la *responsabilidad social ante la enfermedad*, que incluye una serie de protocolos que tienen que ver con lavado de manos y uso de tapaboca. Teniendo en cuenta lo anterior podría llegarse a afirmar que las personas de estratos sociales altos tienden a resguardarse con mayor eficacia del contagio de covid-19 en comparación con aquellas de estratos más bajos, gracias a su capacidad económica y nivel de vida que les permite cumplir rigurosamente con los protocolos de bioseguridad.

Acompañamiento en la enfermedad y el duelo

El acompañamiento se relaciona con *el apoyo familiar*, deduciéndose que este depende, en gran medida, del sistema de salud que impone unas medidas de bioseguridad y reglamentos internos en los centros de atención que permiten o no la permanencia del acompañante. Igualmente se relaciona con el *rol asumido por el cuidador*, sin embargo, este rol depende de las necesidades del enfermo y depende del sistema de salud. Y también se relaciona con el *rol del religioso acompañante* que, en gran parte depende de las funciones que le otorga la institución eclesial y se relaciona con las necesidades del enfermo y su familia.

El acompañamiento también está asociado con el *duelo por covid 19.* Se vincula con las *dinámicas del duelo*, de lo cual se deduce, en primer lugar, que el perdón y la reconciliación con el fallecido están relacionadas con los procesos de duelo por covid-19; en segundo

lugar, que la comunidad religiosa y la institución eclesial adquieren un rol preponderante en el proceso del duelo por covid-19; y, en tercer lugar, que la creencia en la resurrección de los muertos brinda esperanza en el proceso del duelo de los familiares del fallecido por covid-19.

Igualmente, el duelo por covid-19 guarda relación con el *rol del acompañante*, de lo cual se infiere que el apoyo de un profesional especializado en duelo resulta ser de gran ayuda para el acompañante, así como que los ritos de perdón y reconciliación con el fallecido ayudan a la superación del dolor causado por la muerte por covid-19. Además, se relaciona con la *responsabilidad social ante la enfermedad* de lo que se infiere que los protocolos de bioseguridad con los cuerpos de los fallecidos retardan el duelo de sus familiares y sus personas cercanas.

Ejercicio de la espiritualidad

La categoría *Espiritualidad* se relaciona con las *prácticas espirituales*, las cuales, en el proceso de la enfermedad por covid-19, influencian positivamente el sentido de la vida tanto en los enfermos como en sus seres cercanos. También, se asocia con las *creencias religiosas*, de lo cual se concluye, en primer lugar, que la creencia religiosa está vinculada con la fe y esperanza en los cuidadores o familiares de enfermos de covid-19; en segundo lugar, que las personas afectadas por covid-19 han reconocido y asumido sus creencias acordes con el cristianismo; en tercer lugar, que la creencia religiosa tiene utilidad al momento de hacer frente a las condiciones adversas de la vida; y en cuarto lugar, que la creencia en Dios, y la posibilidad de influir en él a través de algunos ritos,

sirve para reducir el estrés que genera no saber qué depara el futuro con la enfermedad. Dicha creencia religiosa incluye la *comprensión de la divinidad*, de la cual se concluye, en primer lugar, que esta está relacionada con la creencia en intervenciones sobrenaturales a favor del enfermo tanto en lo físico como en lo emocional y lo espiritual; y, en segundo lugar, que la divinidad se comprende a partir de la comprensión de la voluntad divina.

Y con el *sentido de la vida*, de cuyas propiedades se deduce que: para el enfermo de covid-19 el sentido de la vida depende de la generación de esperanza en el proceso de la enfermedad; segundo, el sentido de la vida para el enfermo del covid-19 depende de sus experiencias de vida; tercero, el sentido de la vida de la persona con covid-19 depende del grado de satisfacción que ella tenga acerca del cumplimiento de su misión en el mundo; y cuarto, el sentido de la vida de la persona enferma de covid-19 la prepara para morir con alegría.

Estrategias de afrontamiento

Están relacionadas con la revisión de la *historia de vida*, *los medios para la comunicación*, *el cuidado de sí mismo y red de recursos*. Así, se concluye que la *revisión de la historia de vida* del afectado por el covid-19 está enfocada en las relaciones con las personas más cercanas (progenitores y cónyuge); *los medios para la comunicación* ayudan a la unión familiar y social para enfrentar los momentos difíciles durante el padecimiento de la enfermedad; la enfermedad llevó a las personas a realizar actividades de *autocuidado* que no realizaban antes.

La *red de recursos* está conformada por *el rol del Estado*, de la cual se deduce que existe desconfianza entre la población frente a la confiabilidad en las disposiciones y estadísticas que da el Estado sobre el número de fallecidos y contagiados por covid. De la misma manera por el *sistema de salud*, concluyéndose, en primer lugar, que también hay desconfianza entre la población, en este caso en relación con las garantías ofrecidas por el sistema de salud en el diagnóstico, prevención y tratamiento efectivo del enfermo de covid-19; en segundo lugar, que el acceso a los servicios de salud depende de la estratificación social del enfermo y, en tercer lugar, que los enfermos por covid-19 sufrieron discriminación durante la atención de los hospitales.

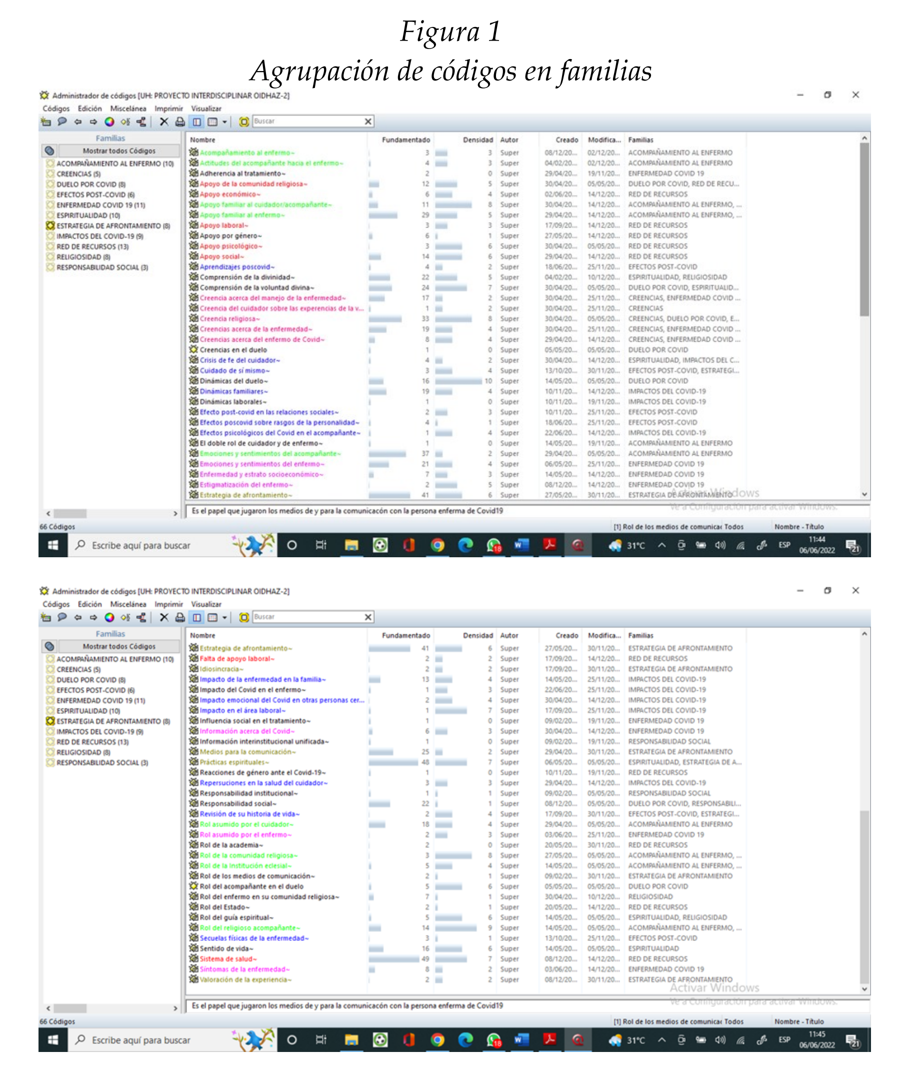
También, la red de recursos está conformada por el *apoyo laboral* de algún tipo que recibieron las personas de parte de su entidad con las que estaban vinculadas al momento de contagiarse de covid-19. Igualmente, por el *apoyo de la comunidad religiosa* con la que se sentían vinculados, lo que se concretizó tanto en lo material como en lo espiritual y lo psicológico. De la misma forma, por el *apoyo social*, de lo que se deduce que, en primer lugar, el covid-19 despertó la solidaridad entre las personas, incluso entre aquellas que aún ni se conocían, las mujeres expresaron el apoyo a los enfermos por covid de manera más visible socialmente que los hombres, y la familia jugó un papel importante en el apoyo al acompañante/cuidador del enfermo. Además, por el *rol de la academia*, de lo que se concluye que la academia fue un recurso para afrontar la enfermedad mediante flexibilidades curriculares y cronograma, pero adoleció de un rol protagónico en la capacitación de la población para enfrentar la pandemia.

Apéndice 1

Familias y códigos

Figura 1

Agrupación de códigos en familias



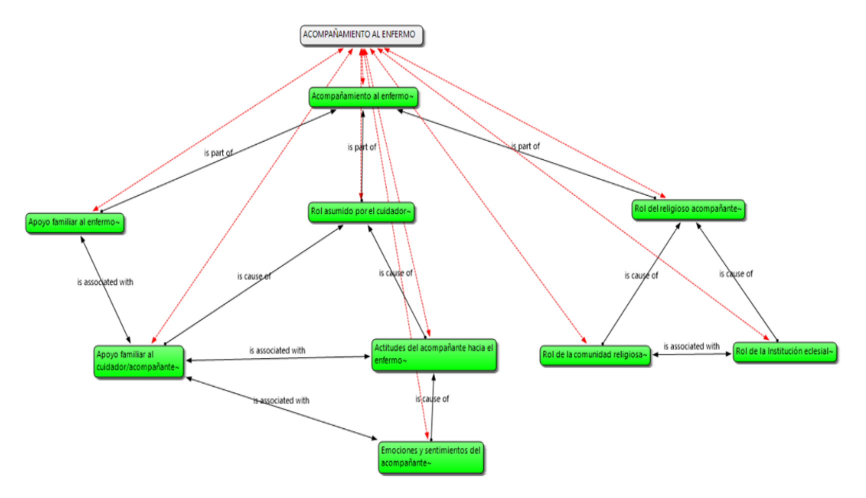
Fuente: Elaboración propia

Apéndice 2

Redes semánticas

Figura 2

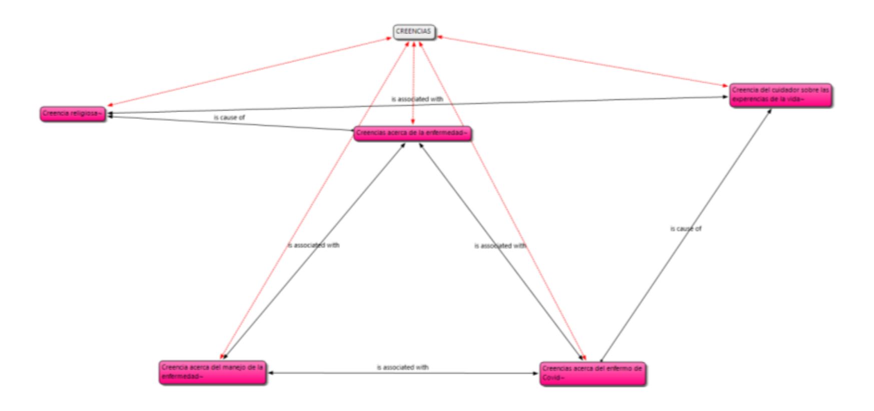
Red semántica de la familia de códigos "Acompañamiento al enfermo"



Fuente: Elaboración propia.

Figura 3

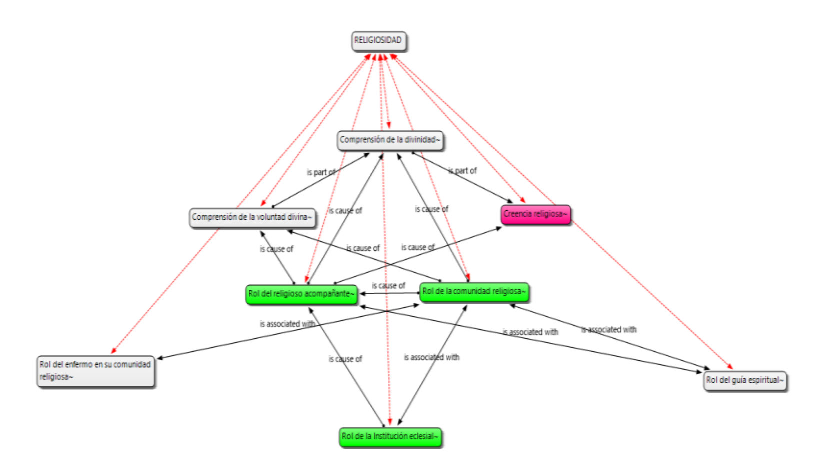
Red semántica de la familia de códigos "Creencias"



Fuente: Elaboración propia

Figura 4

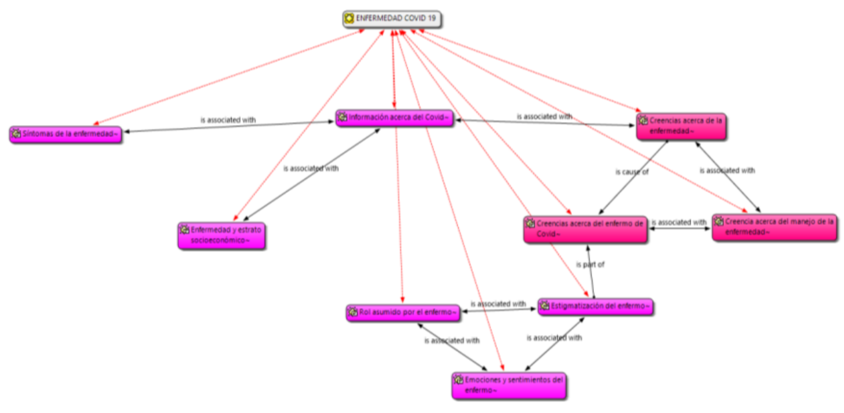
Red semántica de la familia de códigos "Religiosidad"



Fuente: Elaboración propia

Figura 5

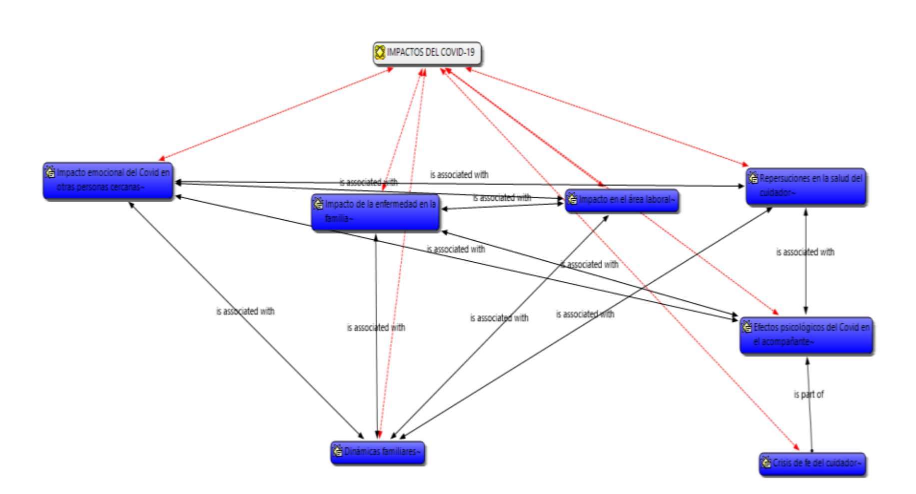
Red semántica de la familia de códigos "Enfermedad covid-19"



Fuente: Elaboración propia

Figura 6

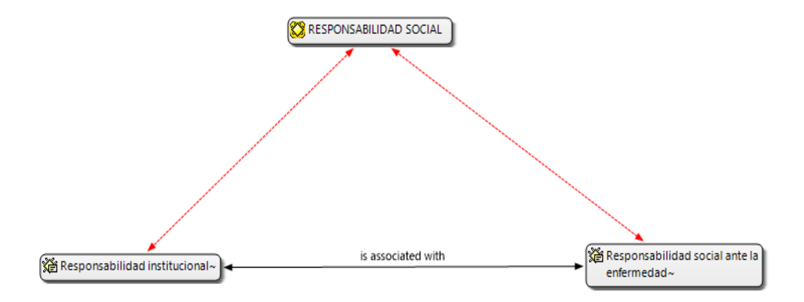
Red semántica de la familia de códigos "Impactos del covid-19"



Fuente: Elaboración propia

Figura 7

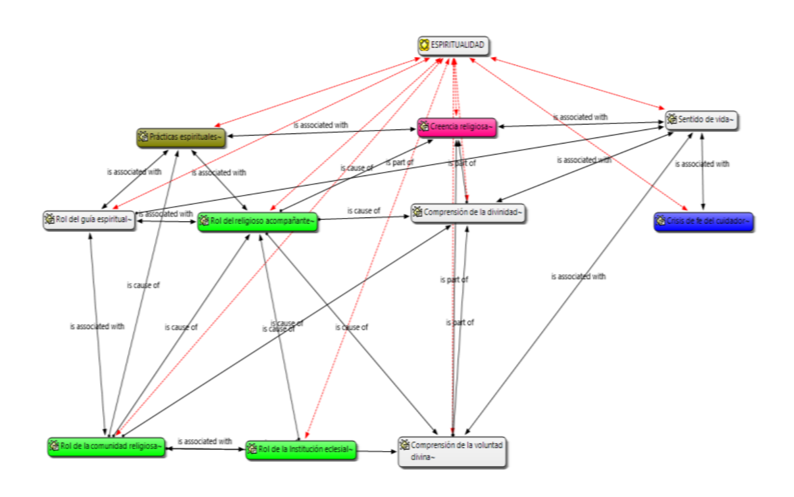
Red semántica de la familia de códigos "Responsabilidad social"



Fuente: Elaboración propia

Figura 8

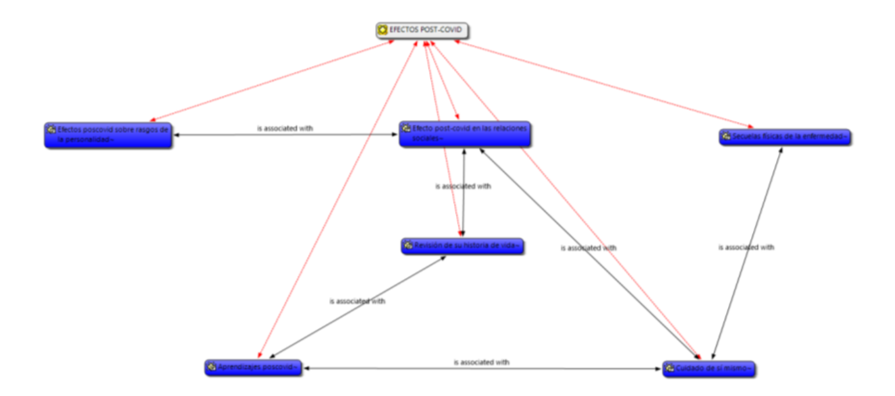
Red semántica de la familia de códigos "Espiritualidad"



Fuente: Elaboración propia

Figura 9

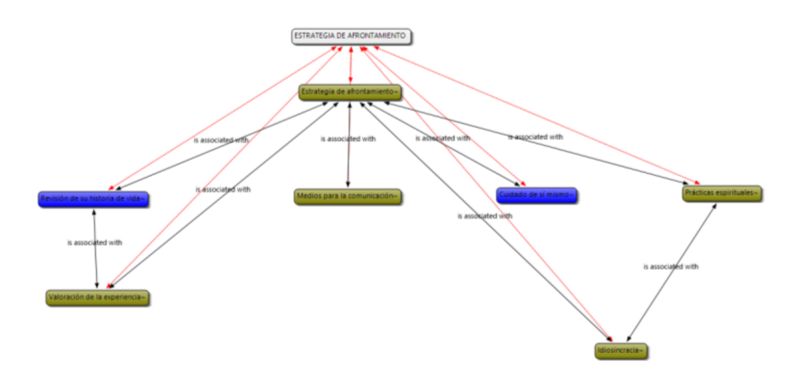
Red semántica de la familia de códigos "Efectos postcovid-19"



Fuente: Elaboración propia

Figura 10

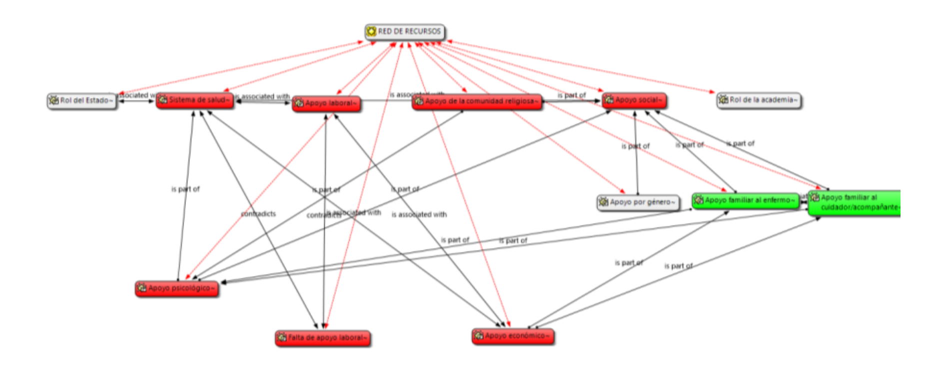
Red semántica de la familia de códigos "Estrategias de afrontamiento"



Fuente: Elaboración propia

Figura 11

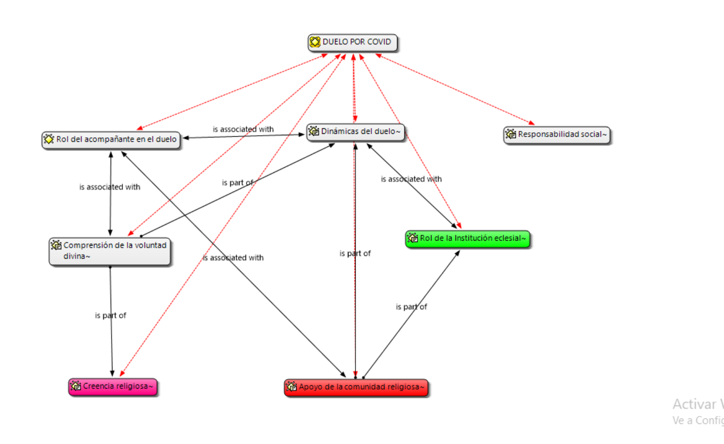
Red semántica de la familia de códigos "Red de recursos"



Fuente: elaboración propia

Figura 12

Red semántica de la familia de códigos "Duelo por covid-19"



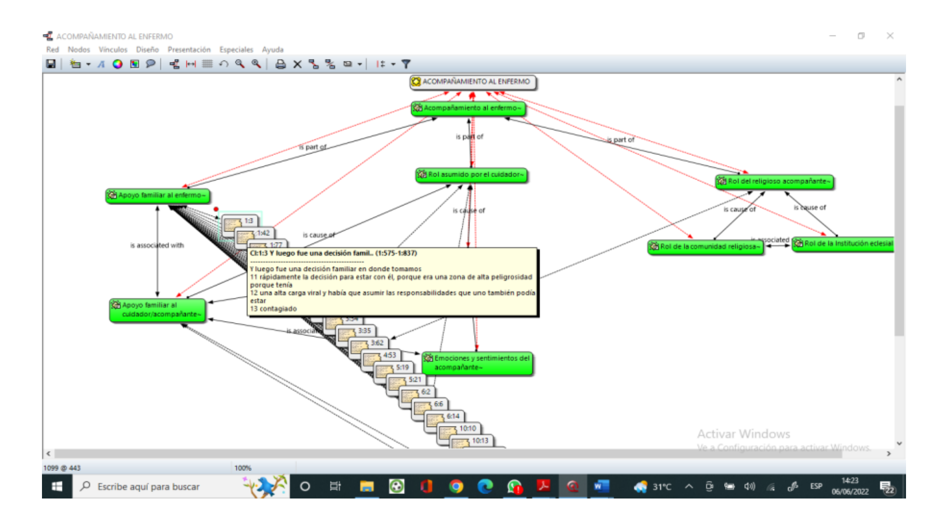
Fuente: elaboración propia

Apéndice 3

Ejemplo de codificación de citas de segmentos de texto

Figura 13

Ejemplo de codificación de cita de segmento de texto



Fuente: Elaboración propia con el software Atlas.ti.

Apéndice 4

Elementos de la Teoría sustantiva

Tabla 1

Elementos de teoría sustantiva[9] acerca de las vivencias de personas de América Latina en relación con el manejo del covid-19

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	PROPIEDADES DE LAS SUBCATEGORÍAS	HIPÓTESIS	CONCLUSION FINAL
1. Acompaña-miento al enfermo	**Apoyo familiar al enfermo**	Toma de decisiones. Reclamos ante el sistema de salud. Buscar alternativas para la estadía del enfermo. Iniciativas ante el sistema de salud. Palabras de aliento y esperanza. Sirviendo de desahogo.	El apoyo familiar al enfermo depende del sistema de salud.	La categoría *acompañamiento al enfermo* sintetiza los aspectos que referencian el acto de estar al lado del enfermo de covid-19 para brindarle apoyo en varias áreas de la vida durante el tiempo que padezca la enfermedad. Esta categoría se relaciona con *el apoyo familiar*, deduciéndose que este depende, en gran medida, del sistema de salud que impone unas medidas de bioseguridad y reglamentos internos en los centros de atención que permiten o no la permanencia del
	Rol asumido por el cuidador acompañante	Estar presente físicamente. Debe tener un cierto perfil. Propiciador de buenos ambientes. Estar de buen ánimo.	El perfil del acompañante depende de las necesidades del enfermo. El perfil del acompañante del enfermo en el hospital	

[9] Según Glasser y Strauss (1999), por *Teoría sustantiva* se entiende la teoría desarrollada para un área sustantiva, o empírica, de investigación sociológica (p. 32); una teoría para un área sustantiva en la cual se ha hecho investigación, que inicia con datos en bruto, los cuales son reducidos a una terminología, y termina con una teoría (p. 114). En nuestro caso, el área sustantiva en el cual hemos hecho nuestra investigación es "las vivencias de personas de América Latina en relación con el manejo del covid-19". Por otra parte, la *Teoría formal* es aquella teoría desarrollada para un área formal o conceptual de investigación sociológica (p. 32); inicia con los hallazgos encontrados de muchos estudios pertinentes a una categoría sociológica abstracta y finaliza con una teoría pertinente a un área conceptual (p. 114).

		Ayudarle a dormir. Vigilante de la responsabilidad social. Apoyo de la familia o amigos. Hay que estar pendientes del cuidador. Actitudes del acompañante hacia el enfermo. Emociones y sentimientos del acompañante (claustrofobia, rabia, temor, etc.).	depende del sistema de salud.	acompañante. Igualmente se relaciona con el *rol asumido por el cuidador*, sin embargo, este debe tener un perfil adecuado a las necesidades del enfermo y al sistema de salud. Y también se relaciona con el *rol del religioso acompañante* que, en gran parte, depende de las funciones que le otorga la institución eclesial, además de cumplir con un perfil adecuado a las necesidades del enfermo y su familia.
	Rol del religioso acompañante	Funciones otorgadas por la iglesia. Invitación al perdón. Superación del duelo. Confidencialidad. Respaldo de la comunidad religiosa. Crítica a las instituciones eclesiales.	El rol del religioso acompañante depende de las funciones que le otorga la institución eclesial. El perfil del religioso acompañante está en relación con las necesidades del enfermo y su familia.	
2. Creencias	**Creencia religiosa**	Importancia que tiene la fe para el cuidador o el familiar en momentos de afrontar la enfermedad. Distancia de creencias basadas en el marketing. Se va al cielo después de la muerte como recompensa por las buenas obras. La muerte es voluntad de Dios. La muerte es ir al encuentro con Dios. La muerte sucede después de haber cumplido la misión en la vida. Importancia del perdón y la	La creencia religiosa está relacionada con la fe y la esperanza en los cuidadores o los familiares de los enfermos de covid-19. Las personas afectadas por covid-19 han reconocido y asumido sus creencias relacionadas con el cristianismo. La creencia religiosa tiene utilidad al momento de hacer frente a las condiciones adversas de la vida. La creencia en Dios y la posibilidad de influir en Él a través de algunos ritos sirve para reducir el estrés que genera no saber	La categoría *creencias* encierra los aspectos relacionados con los estados de la mente en los que el cuidador, o el enfermo de covid-19, supone que algo es verdadero o probable, lo cual se expresa lingüísticamente mediante afirmaciones. Esta categoría se relaciona con las *creencias religiosas*, de lo cual se concluye que, en primer lugar, la creencia religiosa está relacionada con la fe y esperanza en los cuidadores o familiares de enfermos de covid-19; en segundo lugar, las personas afectadas por covid-19 han reconocido y asumido sus creencias relacionadas con el cristianismo; en tercer

		reconciliación con la persona muerta. La presencia de Dios en la persona es la que le hace ver la vida con esperanza. La fe ayuda a enfrentar los momentos difíciles. La fe se relaciona con la creencia acerca de lo que dice la Biblia. La protección de la Trinidad. El poder de la oración. La sanación divina. Algunas veces Dios no responde las oraciones como se quiere.	qué depara el futuro con la enfermedad.	lugar, la creencia religiosa tiene utilidad al momento de hacer frente a las condiciones adversas de la vida; y en cuarto lugar, la creencia en Dios y la posibilidad de influir en Él a través de algunos ritos sirve para reducir el estrés que genera no saber qué depara el futuro con la enfermedad. De la misma manera se relaciona con *creencias acerca de la enfermedad*, de la que se deduce que las personas que padecieron de covid-19 tenían creencias muy limitadas acerca de la enfermedad y su manejo; con las *creencias del cuidador sobre las experiencias de la vida*, de lo que se concluye, por un lado, que las experiencias de la vida antes del covid-19 ayudan a entender las nuevas experiencias con la enfermedad, y por otro lado, que las mismas experiencias de la vida, previas al covid-19, le ayudan al cuidador a comprender las razones por las que algunas veces las personas con la enfermedad no lo expresaban abiertamente.
	Creencias acerca de la enfermedad	La enfermedad no tiene cura. No se sabe cómo tratarla. Produce la muerte. Cualquier dolor de cabeza y dolores musculares son sospecha de covid-19. Causa vergüenza decirlo. Por las enfermedades prevalentes hay más riesgo de muerte. Es una enfermedad muy delicada. Se pierde el gusto y el olfato. Es una conspiración.	Las personas que padecieron de covid-19 tenían creencias muy limitadas acerca de la enfermedad y su manejo.	
	Creencias del cuidador sobre las experiencias de la vida	Las experiencias de la vida antes del covid-19 ayudan a entender las nuevas experiencias con la enfermedad: . Creencias que tiene sobre el	Las experiencias de la vida antes del covid-19 ayudan a entender las nuevas experiencias con la enfermedad. Las experiencias de la vida previas al covid-19 le ayudan al	

		enfermo de covid-19, el enfermo es estigmatizado, es rechazado, culpabilizado y calificado como irresponsable frente a la salud, poco colaborador con quienes lo cuidan. . El cuidador comprende las razones por las que, algunas veces, las personas que solicitaban acompañamiento por estar enfermas no expresaban abiertamente que fuera por covid-19.	cuidador a comprender las razones por las que algunas veces las personas con la enfermedad no lo expresaban abiertamente.	
3. Religiosidad	**Comprensión de la divinidad**	Las decisiones están del lado de Dios no del lado de uno. Nunca hay que presionar a Dios para que las cosas sucedan a mi favor. Los designios de Dios son inmutables. Dios calma los temores. Dios acude a nosotros en momentos de angustia. Dios calma la angustia y la depresión. Dios es el que permite salir de la enfermedad. Dios sana y se apiada de los solos y desprotegidos. Dios escucha las peticiones. Dios hace milagros. Dios es "padre" celestial. Dios responde más allá de lo que se le pide.	La comprensión de la divinidad está relacionada con la creencia en intervenciones sobrenaturales a favor del enfermo tanto en lo físico como en lo emocional y lo espiritual.	La categoría *religiosidad* hace referencia a la creencia personal en una realidad trascendente como Dios, en el mundo del espíritu, o en un cierto orden no visible. Esta categoría emergente está relacionada con la *comprensión de la divinidad*, de la cual se concluye, en primer lugar, que ella está asociada con la creencia en intervenciones sobrenaturales a favor del enfermo tanto en lo físico como en lo emocional y lo espiritual. Y, en segundo lugar, que la divinidad se comprende a partir de la comprensión de la voluntad divina.

		Si se tiene fe en Él, todo va a salir bien. Hay que darle gracias a Dios por el tiempo que permitió estar con la persona que falleció. Dios no nos deja solos en los momentos difíciles. Dios nos da una misión para cumplir. Dios da fortaleza en los momentos difíciles. Dios provee todo.		
	Comprensión de la voluntad divina	Nada escapa de la voluntad divina. Por alguna razón es que suceden las cosas. Nada escapa de las manos de Dios. Los designios son de Dios.	La divinidad se comprende a partir de la comprensión de la voluntad divina.	
	Creencia religiosa	Ya fue analizada en CREENCIAS		
4. Enfermedad del covid-19	**Síntomas de la enfermedad**	Sensación de ahogo. Faltan las fuerzas. El cuerpo como que se me desequilibra. Comienzo a veces a temblar. Desespero porque estoy totalmente con mi garganta que me arde, que me duele. Sensación de angustia, es algo que no me deja vivir en paz. Me dan ganas de salir corriendo de la casa. Depresión, dolor de cabeza. Inapetencia Se va el olfato, pero el sabor no. Tos. Asfixia. Fiebre.	La enfermedad causada por covid-19 va acompañada de síntomas relacionados con la parte física y con la parte emocional y psíquica.	La categoría *enfermedad del covid-19* hace referencia a la enfermedad infecciosa causada por el virus SARS CoV2 coronavirus, que fue originada en Wuhan, China, en el año 2019, y que posteriormente se extendió al mundo entero generando una pandemia, la cual fue oficializada por la OMS el 11 de marzo de 2020. Esta categoría está asociada con los *síntomas de la enfermedad*, los cuales se dan tanto en el área física como emocional y psíquica del enfermo. De la misma manera con *la información acerca del covid-19*, de la que se puede deducir, en primer lugar, que no suplió las expectativas y

	Información acerca del covid-19	Faltó un poco de información y a través de esa información tal vez tener un poquito más de tranquilidad para tomar decisiones. No hubo un mensaje unificado. Por medio de los medios se dieron cifras de contagios. Se buscaba información en el internet. A pesar de la información recibida no se hacía la conexión con los síntomas. La información está relacionada con el estrato socioeconómico. La posibilidad de sobrevivir al covid-19 es mayor en quienes pueden ir a un hospital privado dada su capacidad económica en comparación con quienes no la tienen. Además, pareciera ser que entre los pobres hay más irresponsabilidad social mientras que los ricos tienen más cuidado. La capacidad económica influye en cómo enfrentar la enfermedad.	La información relacionada con el covid no suplió las expectativas y las necesidades de las personas en medio de la pandemia. La información acerca del covid-19 está relacionada con el estrato socioeconómico al que pertenecían los afectados por la enfermedad. La sobrevivencia a la enfermedad del covi-19 está relacionada con el estrato socioeconómico. La capacidad económica del afectado por covid-19 influye en la manera de enfrentar la enfermedad.	las necesidades de las personas en medio de la pandemia; en segundo lugar, que está relacionada con el estrato socioeconómico al que pertenecían los afectados por la enfermedad; en tercer lugar, con la sobrevivencia según el estrato económico.
	Creencias acerca de la enfermedad	Ya fue analizada en CREENCIAS		
5. Impactos del covid-19	**Impacto emocional del covid en otras personas cercanas**	Temor y la sensación de soledad que genera escuchar la palabra «covid». Dolor que genera el recuerdo del	El impacto emocional de las personas relacionadas con el enfermo de covid-19 depende del vínculo afectivo entre ellos, así como con sus familiares.	La categoría *Impactos del covid-19* hace referencia a los efectos generados por dicha enfermedad tanto en lo físico, lo emocional y lo psicológico como en las relaciones sociales y los

		sufrimiento del paciente.		aspectos laborales. Esta categoría está asociada con el *impacto emocional del covid en otras personas cercanas* al paciente. Sin embargo, se puede inferir que el impacto emocional de las personas relacionadas con el enfermo o fallecido por covid-19 depende del vínculo afectivo que hubo entre ellos, así como con sus familiares. También está asociada con el *impacto de la enfermedad en la familia*, de lo que se puede inferir que la enfermedad causada por el covid-19 fortalece los vínculos afectivos entre los familiares del paciente, así como de este con ellos. Asimismo, está asociada con las *repercusiones en la salud del cuidador*. De este último se concluye que el covid-19 afecta la *salud mental* (emocional, psicológica y social) y genera *crisis de fe* del cuidador de pacientes con dicha enfermedad. No obstante, se puede inferir que las afectaciones en la salud mental y la fe del cuidador, por causa del covid-19, dependen del grado de formación y experiencia que este tenga en el manejo de habilidades y herramientas adecuadas para atender enfermos.
	Impacto de la enfermedad en la familia	Movilizaciones de los familiares de una ciudad a otra. Contagio en otros miembros de la familia. Ruptura de relaciones familiares. Fortalecimiento de las relaciones familiares. Cambio de vivienda por causa de la enfermedad. Se ha desarrollado más el vínculo familiar.	La enfermedad causada por el covid-19 fortalece los vínculos afectivos entre los familiares del paciente. La enfermedad causada por el covid-19 fortalece los vínculos afectivos entre el paciente y sus familiares.	
	Repercusiones en la salud del cuidador	Crisis nerviosas. (situaciones estresantes) Efectos psicológicos del covid en el acompañante. Crisis de fe que experimenta el cuidador.	El impacto del covid 19 afecta la salud mental del cuidador de pacientes con la enfermedad. Las afectaciones causadas por el covid-19 generan crisis de fe en el cuidador del paciente. Las afectaciones del covid-19 en el cuidador dependen del grado de formación y experiencia que este tenga en cuidado de enfermos.	
6. Responsabilidad social	**Responsabilidad institucional**	Cumplimiento o no de los protocolos de bioseguridad en las instituciones o empresas donde laboran las personas en medio de la pandemia causada por el covid-19.	No seguir los protocolos de bioseguridad en el trabajo facilita el contagio de la enfermedad. La institución es responsable, directa o indirectamente, de la transmisión de la	La categoría responsabilidad social hace referencia al compromiso por parte de los miembros de una sociedad, ya sea de manera individual o grupal, implicando que se tenga en consideración el impacto que provocará una

			enfermedad entre sus trabajadores.	determinada decisión. En otras palabras, tiene que ver con acciones individuales, institucionales y colectivas. Esta categoría está asociada con la *responsabilidad institucional* de la que se deduce que no seguir los protocolos de bioseguridad en el trabajo facilita el contagio de la enfermedad, por lo tanto, la institución se hace responsable, directa o indirectamente, de la transmisión de la enfermedad entre sus trabajadores; de la misma manera se asocia con la *responsabilidad social ante la enfermedad*, que incluye una serie de protocolos que tienen que ver con el lavado de manos y el uso del tapaboca. Teniendo en cuenta lo anterior podría llegarse a afirmar que las personas de estratos sociales altos se protegen más, que los de estratos más bajos, del contagio por covid-19 dado el poder adquisitivo y el nivel de vida para cumplir fielmente los protocolos de bioseguridad.
	Responsabilidad social ante la enfermedad	Responsabilidades por estar cerca del enfermo. Asumir el alto riesgo de contagio en los hospitales. Las consecuencias de no seguir las recomendaciones de no entrar en contacto con el enfermo o la persona muerta o no usar el tapaboca. Los protocolos de los sepelios, como el de hacer los rituales con las cenizas de la persona fallecida. Identificación de que las personas pertenecientes a clases sociales privilegiadas se protegen más. Las prácticas del uso de tapabocas, del gel antibacterial y de lavarse las manos. Guardar la distancia física. Aislamiento del enfermo. Concientización de otros acerca de la gravedad de la enfermedad. Entrar en contacto con el enfermo sin saber que es covid. No ir al trabajo.	Las personas de estratos sociales altos se protegen más que los de estratos más bajos del contagio por covid-19 por cumplir fielmente los protocolos de bioseguridad.	
7. Espiritualidad	**Prácticas espirituales**	Aceptar la voluntad de Dios. Oraciones en varias modalidades. Utilidades de la oración. Contenido de las oraciones. Estudio de las Escrituras es un mensaje propicio.	En el proceso de la enfermedad por covid-19 las prácticas espirituales influencian positivamente el sentido de la vida tanto en los enfermos como en sus seres cercanos.	La categoría *Espiritualidad* es entendida como una forma de cuidarse a sí mismo y sentirse en paz. Se relaciona con las *prácticas espirituales*, las cuales, en el proceso de la enfermedad por covid-19, influencian positivamente el sentido de la vida tanto en los

		Las Escrituras garantizan la sanación del enfermo. La unción de los enfermos. Testimonio espiritual. Invitación al perdón. Testificar de la sanidad. Recordar los milagros de Dios. Rezar el rosario. Misas virtuales. Cantos de esperanza y fuerza. Rezar novenas.		enfermos como en sus seres cercanos. También, se asocia con las creencias religiosas, lo que lleva a varias conclusiones que ya se mencionaron arriba; y con el *sentido de la vida*, de cuyas propiedades se deduce que, primero, para el enfermo de covid-19 el sentido de la vida depende de la generación de esperanza en el proceso de la enfermedad; segundo, el sentido de la vida para el enfermo del covid-19 depende de sus experiencias de vida; tercero, el sentido de la vida de la persona con covid-19 depende del grado de satisfacción que ella tenga acerca del cumplimiento de su misión en el mundo; y cuarto, el sentido de la vida de la persona enferma de covid-19 la prepara para morir con alegría.
	Creencia religiosa	La Creencia religiosa se relaciona con el rol del guía espiritual, la confesión de fe del cuidador y la comprensión de la voluntad divina, subcategorías que ya han sido explicadas anteriormente.	YA SE FORMULARON ARRIBA	
	Sentido de vida	Lo identifican con el cumplimiento de su misión en el mundo. Encontrar esperanza para su vida. Descubrir el propósito de lo que sabemos. Esperanza a través de la Escritura. Conservar el optimismo de estar con sus hijos. El principio de incertidumbre en relación con los planes establecidos. Convicción de vivir. Dedicarse tiempo a sí mismo. Pensar más en uno mismo.	El sentido de la vida para el enfermo de covid-19 depende de la generación de esperanza en el proceso de la enfermedad. El sentido de la vida para el enfermo del covid-19 depende de sus experiencias de vida. El sentido de la vida de la persona con covid-19 depende del grado de satisfacción que ella tenga acerca del cumplimiento de su misión en el mundo. El sentido de la vida de la persona enferma de covid-19 la prepara para morir con alegría.	

		Ser consciente de su realidad. Sentirse preparado para morir con alegría. Tener lo esencial en su vida tanto en sus relaciones como en sus recuerdos.		
8. Efectos postcovid	**Sobre rasgos de la personalidad**	Cambio en la valoración que hacía el enfermo de algunas situaciones. Cambio en la valoración de los acompañantes. Cambio en la manera de relacionarse el enfermo con sus hijos. Desarrollo de la empatía.	Los cambios experimentados sobre la personalidad, tanto de los enfermos como de sus amigos o parientes cercanos, se pueden valorar como positivos en términos de relaciones sociales y afectivas.	La categoría *Efectos postcovid* hace referencia a las afecciones que deja el covid-19 en la salud física y mental de las personas, varios días o semanas después de haber tenido la enfermedad. Las afecciones posteriores al covid-19 también pueden conocerse como covid-19 persistente, covid-19 de larga duración, covid-19 postagudo, efectos a largo plazo del covid-19 o covid-19 crónico. Tales efectos fueron positivos, tanto en los rasgos de la personalidad como en las relaciones sociales. De esta manera se puede concluir que los cambios experimentados sobre la personalidad, tanto de los enfermos como de sus amigos o parientes cercanos, tienen una valoración positiva. En el mismo sentido se puede conceptuar acerca de las relaciones sociales y afectivas; el covid-19 facilitó la creación de puentes para las relaciones entre personas no sólo cercanas, familiares o conocidas, sino también con aquellas desconocidas. Es de anotar que, en el establecimiento de las relaciones, las redes sociales jugaron un papel importante en medio de las dinámicas ocasionadas por el
	En las relaciones sociales	Orientación para suplir las necesidades. Orientación por medio de las redes sociales que incluye a personas desconocidas.	El covid-19 generó la creación de puentes para las relaciones entre personas no sólo cercanas, familiares o conocidas, sino también con aquellas desconocidas. Las redes sociales jugaron un papel importante en el establecimiento de las relaciones en medio de las dinámicas ocasionadas por el covid-19.	
	Secuelas físicas	Pérdida de peso. Disminución de la capacidad respiratoria.	El covid-19 deja secuelas físicas en quienes padecieron la enfermedad. Las secuelas generadas por el covid-19 llevan a que las personas que tuvieron la enfermedad comenzaran a preocuparse por el *cuidado de sí mismos*, esto es, acciones y medidas tomadas por la persona con el fin de proteger su salud	

			física, mental y espiritual en la convalecencia, es decir después de haber terminado la enfermedad.	covid-19. Y aunque el covid-19 deja secuelas físicas en quienes padecieron la enfermedad, también ha despertado en las personas interés por el cuidado de sí mismos, esto es, tomar acciones y medidas con el fin de proteger la salud física, mental y espiritual después de la enfermedad.
9. Estrategia de afrontamiento	**Estrategia de afrontamiento**	Sacar fuerzas a través de colocarse en el servicio a los demás. Creencias personales sirven de apoyo para sacar fortalezas y seguir adelante. Una actitud positiva y por ende con la intención de mantener un pensamiento positivo a pesar de las circunstancias adversas. Creencias espirituales pueden ayudar, asociadas con el mantenimiento de la fe y la esperanza. Asimismo, cuando se combina con la unión familiar. La expresión escrita puede ser de ayuda para enfrentar momentos de crisis y ansiedad. Buscar el perdón. Utilizar grupos para expresar lo que está sucediendo y compartir vivencias. La racionalización o el hecho de armar un diálogo racional apoyado	Las estrategias de afrontamiento usadas por las personas afectadas por el covid-19 están relacionadas con el cuidado de sí mismo (creencias personales, actitud positiva, creencias espirituales, escritura) y en actos que propician las relaciones con los demás (servicio, unión familiar, búsqueda del perdón).	La categoría *estrategias de afrontamiento* se refiere a los recursos psicológicos de los que se hace uso para enfrentar las situaciones estresantes incidiendo de esta manera en las relaciones sociales. Está relacionada con la revisión de la historia de vida, los medios para la comunicación, el cuidado de sí mismo y las prácticas espirituales. Así, se concluye que: la revisión de la historia de vida del afectado por el covid-19 está enfocada en las relaciones con las personas más cercanas (progenitores y cónyuge); los medios para la comunicación ayudan a la unión familiar y social para enfrentar los momentos difíciles durante el padecimiento de la enfermedad; la enfermedad llevó a las personas a realizar actividades de autocuidado que no realizaban antes; y las prácticas espirituales brindan esperanza a las personas acompañantes y familiares del enfermo de covid-19 al mismo tiempo que traen alivio a las personas enfermas. Es de notar que en las prácticas espirituales el perdón adquiere una

		en aprendizajes de vida para dar soporte ante la crisis.		dimensión de sanidad en las relaciones no sólo entre el enfermo y sus familiares son entre estos mismos.
	Revisión de su historia de vida	Relación con los progenitores. Relación con el esposo o compañero de vida.	La revisión de la historia de vida del afectado por el covid-19 está enfocada en las relaciones con las personas más cercanas (progenitores y cónyuge).	
	Medios para la comunicación	Uso de teléfonos celulares. Video llamadas por WhatsApp y otras plataformas virtuales.	Los medios para la comunicación ayudaron a la unión familiar y social para enfrentar los momentos difíciles durante el padecimiento de la enfermedad.	
	Cuidado de sí mismo	Apartarse a un lugar fuera de la ciudad. Dedicarse tiempo a sí mismo. Recrearse. Salir.	La enfermedad llevó a las personas a realizar actividades de autocuidado que no realizaban antes.	
	Prácticas espirituales	Oración. Expresiones de amor (orar, buenas palabras, acercamiento). Prácticas espirituales en familia.	Las prácticas espirituales brindaron esperanza a las personas acompañante o familiares del enfermo de covid-19. Las prácticas espirituales traían alivio a las personas enfermas de covid-19. En las prácticas espirituales el perdón adquiere una dimensión de sanidad en las relaciones no sólo entre el enfermo y sus familiares sino entre estos mismos.	
10. Red de recursos	**Rol del Estado**	Disposiciones del Estado para prevenir la propagación de la enfermedad. Estadísticas sobre los enfermos y fallecidos por causa del covid. Cuestionamiento a la confiabilidad en	Existe desconfianza entre la población frente a la confiabilidad en las disposiciones y estadísticas que da el Estado sobre número de fallecidos y contagiados por covid.	La categoría *red de recursos* hace referencia a la interrelación de diferentes instituciones estatales y no estatales, así como aspectos que son apoyo en un momento dado a las personas que padecen la enfermedad y sus familiares en medio de

		las disposiciones y cifras brindadas por el Estado.		la pandemia. Dicha categoría está conformada por *el rol del Estado*, de la cual se deduce que existe desconfianza entre la población frente a la confiabilidad en las disposiciones y estadísticas que da el mismo sobre el número de fallecidos y contagiados por covid. De la misma manera está conformada por el *sistema de salud*, concluyéndose que, en primer lugar, también hay desconfianza entre la población, en este caso en relación con las garantías ofrecidas por el sistema de salud en el diagnóstico, prevención y tratamiento efectivo del enfermo de covid-19; en segundo lugar, el acceso a los servicios de salud depende de la estratificación social del enfermo y, en tercer lugar, los enfermos por covid-19 sufrieron discriminación durante la atención de los hospitales. También, la red de recursos está conformada por el *apoyo laboral*, de algún tipo, que recibieron las personas de parte de su entidad con las que estaban vinculadas al momento de contagiarse de covid-19. Igualmente, por el *apoyo de la comunidad religiosa* con la que se sentían vinculados, lo que se concretizó tanto en lo material como en lo espiritual y lo psicológico. Asimismo, por el *apoyo social*, de lo que se deduce que, en primer lugar, el covid-19 despertó la solidaridad entre las personas, incluso entre aquellas
	Sistema de salud	Solicitud del hospital de un acompañante para el enfermo. Restricciones de mantenimiento del hospital por causa de la pandemia. Desconfianza en las garantías del hospital para el tratamiento efectivo del enfermo. Lamento de no haber vuelto a ver al familiar desde que entró al hospital. La saturación de enfermos en el hospital. Los pobres no tienen acceso a los servicios médicos. Demora en la entrega de resultados del diagnóstico de covid. Discriminación en la atención hospitalaria particular para los enfermos de covid-19. El servicio de salud en lo oficial no es eficiente. Las pruebas realizadas en las casas de los enfermos. La protección especial del personal de salud. El Seguro Social atendía rápido a los enfermos de covid. Mala atención en el hospital. La estadía en el hospital produjo desesperación y depresión.	Existe desconfianza en la población en relación con las garantías ofrecidas por el sistema de salud en el diagnóstico, prevención y tratamiento efectivo del enfermo de covid-19. El acceso a los servicios de salud depende de la estratificación social del enfermo. Los enfermos por covid-19 sufrieron discriminación durante la atención de los hospitales.	

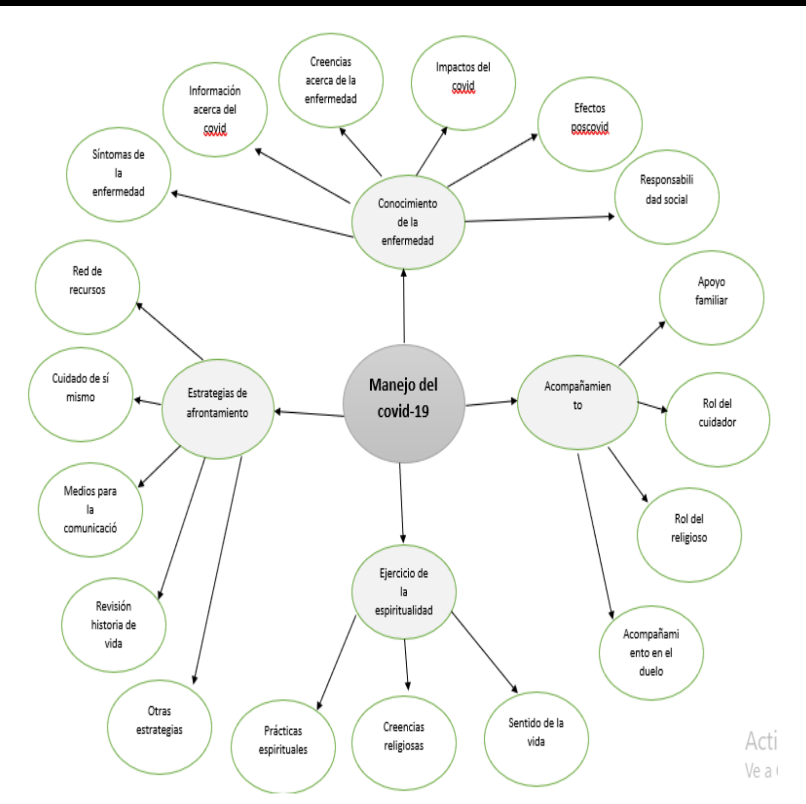
		Buena atención en otro hospital en comparación con el primero. Uso particular de pruebas para covid. Búsqueda de servicios médicos particulares. Desconfianza en los hospitales por la desaparición de los cuerpos de algunos fallecidos. Preferencia de atención médica en la casa. Espacios de los hospitales dedicados solamente a los enfermos de covid. Falta de prudencia en el personal hospitalario con los enfermos. Importancia del oxígeno para atender a los enfermos.		que aún ni se conocían, las mujeres expresaron el apoyo a los enfermos por covid de manera más visible socialmente que los hombres, y la familia jugó un papel importante en el apoyo al acompañante/cuidador del enfermo. Además, por el *rol de la academia*, de lo que se concluye que la academia fue un recurso para afrontar la enfermedad mediante flexibilidades curriculares y cronograma pero que adoleció de un rol protagónico en la capacitación de la población para enfrentar la pandemia.
	Apoyo laboral	Reemplazo de labores con los compañeros de trabajo. Oraciones por la salud del enfermo de parte de los compañeros de trabajo. El trabajo en la casa. Otorgaron descanso. Proveyeron asistencia médica Ausencia de apoyo laboral. Apoyo económico.	Las personas que estaban vinculadas laboralmente recibieron algún tipo de apoyo de su entidad durante el tiempo de su enfermedad.	
	Apoyo de la comunidad religiosa	Prácticas espirituales comunitarias en favor del enfermo y del acompañante o familiar. La paz que transmitía.	La comunidad religiosa proveyó, a los entrevistados que se sentían vinculados a ella, apoyo tanto material como espiritual y psicológico.	

		Mensajes de acciones de gracias por la salud. Versículos bíblicos de apoyo Mercados.		
	Apoyo social	Apoyo médico vía telefónica gratuitamente. Falta acompañar a la gente desde el ámbito universitario. Apoyo de familiares, amistades, compañeros de trabajo y gente que hacía tiempo no veía. Solidaridad con los más necesitados de oxígeno. Disposición de amigos a ayudar. Apoyo de personas que no se conocen. Dar a conocer los contactos que ayudaron en medio de la enfermedad. Apoyo familiar al enfermo. Apoyo familiar al acompañante. Apoyo por género.	El covid-19 despertó la solidaridad entre las personas que aún ni se conocían. Las mujeres expresaron el apoyo a los enfermos por covid de manera más visible socialmente que los hombres. La familia jugo un papel importante en el apoyo al acompañante/cuidador del enfermo.	
	Rol de la Academia	Suspensión de clases. Capacitación a los docentes. Rol de la academia es criticado porque no trasciende en un acompañamiento a la gente. Falta de capacitación para enfrentar la pandemia.	La academia fue un recurso para afrontar la pandemia mediante flexibilidades curriculares y cronograma. La academia adoleció de un rol protagónico en la capacitación de la población para enfrentar la pandemia.	
11. Duelo por covid-19	**Dinámicas del duelo**	Entendimiento del duelo. Fe. Aprendizajes. Designios de Dios. Culpar a Dios. Emociones. Sentimientos.	El perdón y la reconciliación con el fallecido están relacionadas con los procesos de duelo por covid-19.	Con *Duelo por covid-19* se identifican las interacciones que suceden alrededor del duelo por causa de la pérdida de un ser cercano por causa del covid-19. Esta se

		Sentido de culpabilidad. Prácticas rituales. Unidad de la familia. Perdón y reconciliación. Creencia en la resurrección. Preparación para el duelo. Estado de ánimo. Aceptación de la voluntad divina. Creencia religiosa. Apoyo de la comunidad religiosa. Rol de la institución eclesial.	La comunidad religiosa y la institución eclesial adquieren un rol preponderante en el proceso del duelo por covid-19. La creencia en la resurrección de los muertos brida esperanza en el proceso del duelo de los familiares del fallecido por covid-19.	relaciona con las *dinámicas del duelo*, de lo cual se deduce que, en primer lugar, el perdón y la reconciliación con el fallecido están relacionadas con los procesos de duelo por covid-19; en segundo lugar, la comunidad religiosa y la institución eclesial adquieren un rol preponderante en el proceso del duelo por covid-19; y, en tercer lugar, la creencia en la resurrección de los muertos brinda esperanza en el proceso del duelo de los familiares del fallecido por covid-19. Igualmente, el duelo por covid-19 se relaciona con el *rol del acompañante en el duelo*, de lo cual se infiere que el apoyo de un profesional especializado en duelo resulta ser de gran ayuda para el acompañante durante el duelo por covid-19, así como que los ritos de perdón y reconciliación con el fallecido ayudan a la superación del duelo por covid-19. Además, se relaciona con la *responsabilidad social ante la enfermedad*, de lo que se infiere que los protocolos de bioseguridad con los cuerpos de los fallecidos retardan el duelo de sus familiares y sus personas cercanas.
	Rol del acompañante en el duelo	Búsqueda de ayuda profesional. Invitación a la unidad familiar. Invitación al perdón y la reconciliación. Creencia en la resurrección. Actividades con el doliente.	El apoyo de un profesional especializado en duelo resulta ser de gran ayuda para el acompañante durante el duelo por covid-19. Los ritos de perdón y reconciliación con el fallecido ayudan a la superación del duelo por covid-19.	
	Responsabilidad social	Protocolos con los cuerpos de los fallecidos.	Los protocolos de bioseguridad con los cuerpos de los fallecidos retardan el duelo de sus familiares y sus personas cercanas.	

Apéndice 5

Cuatro aspectos principales en el manejo del covid-19



Fuente: Elaboración propia

Referencias bibliográficas

ABRISKETA, J. (s.f.). Sistema de salud. *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/210

ACTITUD. (2021, 6 de diciembre). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Actitud&oldid=140187746.

AMARÍS MACÍAS, María; MADARIAGA OROZCO, Camilo; VALLE AMARÍS, Marcela; Zambrano, Javier Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico Psicología desde el Caribe, vol. 30, núm. 1, enero-abril, 2013, pp. 123-145 Universidad del Norte Barranquilla, Colombia.

BIANCHI, R. (2008). *Espiritualidad y práctica clínica*. https://docplayer.es/94742355-Espiritualidad-y-practica-clinica-dra-raquel-ines-bianchi-introduccion.html.

BUPA. (Marzo de 2020). *Coronavirus covid-19*. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://www.bupasalud.com.co/salud/coronavirus.

CANCIO-BELLO, C., LORENZO, A. & ALARCÓ, G. (2020). Autocuidado: una aproximación teórica al concepto. *Informes Psicológicos*, 20 (2), pp. 119-138. http://dx.doi.org/10.18566/infpsic.v20n2a9

CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES-CDC (septiembre 16 de 2021). Afecciones posteriores al covid-19. Recuperado el 9 de febrero de 2022 desde https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/long-term-effects/index.html

CEPAL (2021). *Panorama social de América Latina*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/47718/1/S2100655_es.pdf

CONECTAS (2021). *Diez análisis para entender el 2021 de américa latina*. https://www.connectas.org/10-analisis-america-latina-2021/

CREENCIA (14 de diciembre de 2021). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Recuperado el 15 de diciembre desde https://es.wikipedia.org/wiki/Creencia

DELGADO, I. (17/10/2019). "Medios de comunicación". En: *Significados.com*. Disponible en: https://www.significados.com/medios-de-comunicacion/ Consultado: 25 de marzo de 2022, 03:40 pm.

DILTHEY, W. (1949). Introducción a las ciencias del espíritu. México: Fondo de Cultura Económica.

DILTHEY, W. (1978). *El mundo histórico.* México: Fondo de Cultura Económica.

GADAMER, H.G. (2012). *Verdad y método I*. Décimotercera edición. Salamanca: Sígueme, pp. 101-107.

GESTIÓN.ORG (S.f.). *Qué es la responsabilidad social*. Recuperado el 26 de enero de 2022 desde https://www.gestion.org/tecnicas-de-mineria-de-datos/

GLASER, B. Y STRAUSS A. (1999). *Awareness of Dying*. Chicago: Aldine Publishing Company.

GLASER, B. Y STRAUSS A. (1999). *The discovery of Grounder Theory: Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick (USA) and London (U.K.): Aldine Transaction.

GONZÁLEZ, J, Y GONZÁLEZ, O. (2007). *Christianity in Latin America: A History*. Cambridge University Press.

GUERRI, M. (noviembre 16 de 2021). ¿Qué son las emociones? Concepto, tipos y componentes conductuales. En *PsicoActiva*. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://www.psicoactiva.com/blog/que-son-las-emociones/.

GUZMÁN GÓMEZ, C. y Saucedo Ramos C.L. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios en *Revista Mexicana de Investigación Educativa, vol. 20, núm. 67*, 2015, pp. 1019-1054.

HAIG, B. (1995). "Grounded theory as scientific method". *Philosophy of Education*. Philosophy of Education Society. https://jan.ucc.nau.edu/~pms/cj355/readings/Haig%20Grounded%20Theory%20as%20Scientific%20Method.pdf

HERRERA GÓMEZ, M. (2000). La relación social como categoría de las ciencias sociales *REIS*. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, No. 90, 2000, pp. 37-77. Recuperado el 9 de febrero de 2022 desde https://www.redalyc.org/pdf/997/99717877002.pdf

HESSEN, J. (1988). *Teoría del conocimiento.* México: Espasa-Calpe.

JUNGUITO, R. (22 de mayo de 2020). El contexto latinoamericano. En *La República*. https://www.larepublica.co/analisis/roberto-junguito-500053/el-contexto-latinoamericano-3008913

LÚQUEZ, P. Y FERNÁNDEZ, O. (2016). La Teoría fundamentada: precisiones epistemológicas, teórico-conceptuales, metodológicas y aportes a las ciencias. *Revista Cumbres* 2(1), pp. 101-114.

MALAMUD, C., Y NÚÑEZ, R. (JUNIO 8 DE 2021). Gobierno, gobernabilidad y pandemia en América Latina. En Real Instituto Elcano. https://www.realinstitutoelcano.org/analisis/gobiernos-gobernabilidad-y-pandemia-en-america-latina/

MEDELLÍN FONTES, M., HEREDIA RIVERA, M. E., LÓPEZ PEÑALOZA, J., KANÁN CEDEÑO, G. y RODRÍGUEZ-OROZCO, A.L. (2012). Funcionamiento familiar y su relación con las redes de apoyo social en una muestra de Morelia, México. *Salud mental, Vol. 35*, No. 2.

MONTAÑO SINISTERRA, M.R., PALACIOS CRUZ, J. L. y GANTIVA DÍAZ, C. A. (julio-diciembre 2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia: avances de la disciplina*. Vol. 3. No. 2: 81-107. Recuperado el 9 de febrero de 2022 desde https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225531007.pdf

MOYA, C.; DE CASTRO, R.; TOVAR, D.; Y PÚA, M. (2022). Análisis de las Vivencias acerca del Covid-19 en el contexto Latinoamericano mediante la Teoría Fundamentada. *Cultura y religión*, 16(2), 217-243. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-47272022000200217

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (S.f.). *Más información sobre la pandemia de covid-19*. Recuperado el 15 de diciembre de 2021 desde https://www.who.int/es/health-topics/coronavirus#tab=tab_1.

PAPALIA, D., WENDKOS OLDS, S, Y DUSKIN FELDMAN, R. (2009). *Desarrollo Humano*. Traducción de la Undécima edición por Francisco Javier Dávila Martínez y María Elena Ortiz Salinas. México D.F.: McGraw-Hill.

ROGERS, C. (1978). *Terapia, personalidad y relaciones interpersonales*. Argentina: Nueva Visión.

ROSENTAL, M. M., IUDIN, P.F. (2004). *Diccionario filosófico*. Bogotá: Ediciones Universales.

RSS (30 de octubre de 2019). *Responsabilidad Social: qué es, definición, concepto y tipos*. Recuperado el 26 de enero de 2022 desde https://www.responsabilidadsocial.net/la-responsabilidad-social-que-es-definicion-concepto-y-tipos/.

RUIZ, M. (30 de septiembre de 2020). Secuelas de la covid: un análisis por especialidades. *Gaceta Médica*. Recuperado el 9 de febrero de 2020 desde https://gacetamedica.com/investigacion/secuelas-de-la-covid-19-un-analisis-por-especialidades/

SCHIPANI, D. (2016). *Manual de psicología pastoral. Fundamentos y principios de acompañamiento pastoral*. **Matanzas**: Seminario Evangélico de Teología.

SENTIMIENTO. (2021, 3 de diciembre). *Wikipedia, La enciclopedia libre*. Recuperado el 15 de diciembre desde https://es.wikipedia.org/wiki/Sentimiento.

STRAUSS, A. (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: Reino Unido. University of Cambridge Press.

Valdés García, F., Pérez Sánchez, A., García Chacón, R. (2000). En torno al sentido de la vida, en Colectivo de autores, *Lecturas de Filosofía Salud y Sociedad*. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, p. 32.

van Dijk, T.A. (2001). Algunos principios de una teoría del contexto. *ALED-Revista latinoamericana de estudios del discurso 1*(1), 2001, pp. 69-81.

Vexeldot (marzo 27 de 2019). *Dinámicas familiares. Cómo evitar relaciones tóxicas en la familia*. Recuperado el 26 de enero de 2021 desde https://artymanas.com/dinamicas-familiares/.

MANEJO DEL COVID-19

VIVENCIAS DESDE CONTEXTOS LATINOAMERICANOS

MANEJO DEL COVID-19 VIVENCIAS DESDE CONTEXTOS LATINOAMERICANOS

La pandemia del covid-19 que nos azotó a partir de 2020 generó grandes desafíos para la humanidad. Uno de los primeros tuvo que ver con la comunidad científica que trabajó incansablemente, de manera colaborativa, para lograr prontamente una o varias vacunas. El logro de estas fue una gran esperanza, sin embargo, centenares de miles de vidas fueron arrebatadas por el flagelo que aun pende sobre nosotros como una espada de Damocles.

El presente trabajo muestra las vivencias de quienes padecieron la enfermedad no solamente en Colombia, sino también en el contexto latinoamericano. Este trabajo, que tuvo como fin responder a los desafíos del acompañamiento a quienes padecieron la enfermedad, se constituye en un valioso aporte para la reflexión y comprensión de cómo tales situaciones fueron vividas. Además, en él se pueden identificar los llamados de atención al establishment para que asuma sus responsabilidades.



Acerca del autor: César Moya es PhD en Teología por la *Vrije Universiteit Amsterdam,* Países Bajos. Sus investigaciones están orientadas a poner en diálogo la teología con otras disciplinas del conocimiento teniendo en cuenta la realidad contextual que desafía la convivencia pacífica y las relaciones justas. Ha escrito varios libros, dentro de los que se destacan: *Mujeres y Obispado; Conflicto, Liberación y Reconciliación; Verdad y Ética de Paz; Reconciliación, Noviolencia y Desarrollo Sostenible.* Actualmente es Profesor de Teología y Director del Grupo de Investigación OIDHPAZ en la Universidad Reformada de Barranquilla, Colombia.



